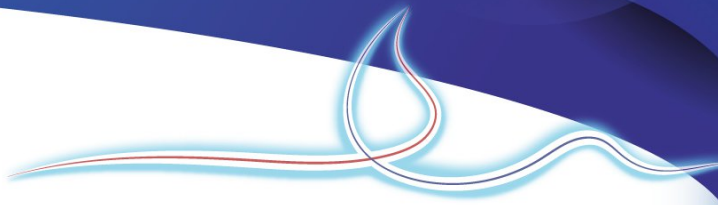


INFORME

DE GESTIÓN 2025



www.jersalud.com



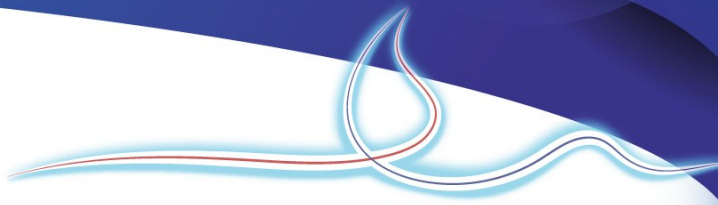
Contenido.....	2
1 GESTIÓN GERENCIAL.....	6
1.1 Contratos con Clientes.....	6
1.1.1 Sucursal Casanare.....	6
1.1.2 Sucursal Meta.....	7
1.1.3 Sucursal Boyacá.....	8
1.1.4 Servicio Farmacéutico.....	10
1.1.5 Sucursal Huila.....	12
1.2 Estadística de Servicios.....	12
1.2.1 Sucursal Casanare.....	12
1.2.2 Sucursal Meta.....	18
1.2.3 Sucursal Boyacá.....	24
1.2.3.2 Equipos cuidado integral en salud ECIS-M.....	25
1.2.4 Servicio Farmacéutico.....	32
1.2.5 Sucursal Huila.....	36
1.3 Riesgo en Salud.....	40
1.3.1 Sucursal Casanare.....	40
1.3.2 Sucursal Meta.....	46
1.3.3 Sucursal Boyacá.....	51
2 GESTION DE MERCADEO.....	56
3 GESTIÓN JURÍDICA.....	56
3.1 Cumplimiento de contratos.....	56
3.2 Proporción De Procesos Jurídicos.....	57
3.3 Acciones constitucionales.....	58
4 GESTIÓN DE CALIDAD.....	58
4.1 Informes de comités.....	58
4.1.1 Nacional.....	58
4.1.2 Sucursales.....	60
4.2 Auditoría Interna.....	61
Conclusión general.....	75
Principales Hallazgos:.....	78
Conclusión general.....	78
Conclusión general:.....	79
Hallazgos principales:.....	80





Conclusión general.....	81
4.3 Auditorías a Proveedores Realizadas.....	85
4.4 Auditorías Externas Recibidas.....	86
4.5 Satisfacción de usuarios.....	92
4.5.1 Proporción de Satisfacción Global de los usuarios de la IPS Jersalud S.A.S.....	92
5 Proporción de Satisfacción de Clientes Corporativos.....	94
6 Proporción de manifestaciones.....	95
6.1.2 Proporción de Eventos Adversos e Incidentes.....	98
6.1.3 Eventos Adversos.....	100
6.2 Gestión del Riesgo Organizacional.....	110
6.2.1 Gestión de Estandarización documental.....	111
6.2.2 Indicadores de Gestión documental.....	112
7 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y BIOMÉDICA.....	113
7.1 Gestión de Archivo.....	113
7.2 Gestión Biomédica.....	113
7.2.1 Proporción de cumplimiento cronograma de mantenimiento preventivo.....	114
8 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.....	124
8.1 Indicadores Nacionales.....	124
8.1.1 Proporción de satisfacción interna del talento humano vs. Áreas.....	124
8.1.2 Proporción de Certificaciones por Competencias.....	124
8.2 Indicadores de Talento Humano.....	125
8.2.1 Sucursal Casanare.....	125
8.2.2 Sucursal Meta.....	129
8.2.3 Sucursal Boyacá.....	132
8.2.4 Sucursal Huila.....	134
8.2.5 Sucursal Casanare.....	140
8.2.6 Sucursal Meta.....	141
8.2.7 Sucursal Boyacá.....	143
9 Frecuencia de Accidentalidad.....	146
Ausentismo Por Causa Médica.....	147
10 GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN.....	148
10.1 Proporción de avance de Estrategia Operación TIC Nacional.....	148
10.2 Licencias.....	151
10.3 Inventarios.....	152





10.4	Proporción de Necesidades Atendidas en sistema de información GLPI – Departamento Tecnología de la Información.....	153
10.5	Promedio de tiempo de respuesta por Prioridad de casos resueltos a través del sistema de información GLPI – Departamento Tecnología de la Información.....	154
11	GESTIÓN FINANCIERA.....	154
11.1	SUCURSAL BOYACA.....	154
11.1.1	INFORME DE VENTAS.....	154
11.1.2	ESTADO DE RESULTADOS.....	155
11.1.3	GLOSAS.....	157
11.1.4	INDICADORES.....	157
11.2	SUCURSAL META.....	157
11.2.1	INFORME DE VENTAS.....	158
11.2.2	ESTADO DE RESULTADOS.....	159
11.2.3	GLOSAS.....	159
11.2.4	INDICADORES.....	160
11.3	SUCURSAL CASANARE.....	161
11.3.1	INFORME DE VENTAS.....	161
11.3.2	ESTADO DE RESULTADOS.....	162
11.3.3	GLOSAS.....	163
11.3.4	INDICADORES.....	163
11.4	SERVICIOS FARMACEUTICOS.....	164
11.4.1	INFORME DE VENTAS.....	164
11.4.2	ESTADO DE RESULTADOS.....	164
11.4.3	GLOSAS.....	165
11.4.4	INDICADORES.....	166
11.5	SUCURSAL NEIVA.....	166
11.5.1	INFORME DE VENTAS.....	166
11.5.2	ESTADO DE RESULTADOS.....	167
11.5.3	GLOSAS.....	168
11.5.4	INDICADORES.....	169
11.6	INDICADORES GLOBALES DE EVOLUCIÓN ECONÓMICA.....	169
11.6.1	RAZÓN DE ENDEUDAMIENTO FINANCIERO.....	169
11.6.2	MARGEN NETO DE UTILIDAD.....	170
11.6.3	MARGEN BRUTO DE UTILIDADES.....	171
11.6.4	MARGEN EBITDA.....	171





11.6.5	CUENTAS POR COBRAR.....	171
11.6.6	CUENTAS POR PAGAR.....	172
11.6.7	FLUJO DE CAJA.....	173
11.6.8	PAGO DE IMPUESTOS CON EL ESTADO.....	174
11.6.9	SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.....	175
11.7	REPORTE DE NÓMINA ELECTRÓNICA.....	176
11.8	EVALUACIÓN DE HIPÓTESIS DE NEGOCIO DE PUESTA EN MARCHA.....	176
12	ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES POSTERIORES AL CIERRE DEL EJERCICIO.....	176
13	EVOLUCIÓN PREVISIBLE DE LA SOCIEDAD.....	177
14	PARTES VINCULADAS (PARTES RELACIONADAS) – OPERACIONES CELEBRADAS CON SOCIOS Y ADMINISTRADORES.....	177
15	ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR POR PARTE DE LA SOCIEDAD.....	178
16	CONSTANCIA ARTÍCULO 87 PARÁGRAFO 2 LEY 1676 DE 2013 (libre circulación de facturas de conformidad).....	179
17	SEGUIMIENTO A PROYECTOS.....	180
17.1	Proyecto de Nueva Sede Yopal.....	180
18	ANEXOS.....	180

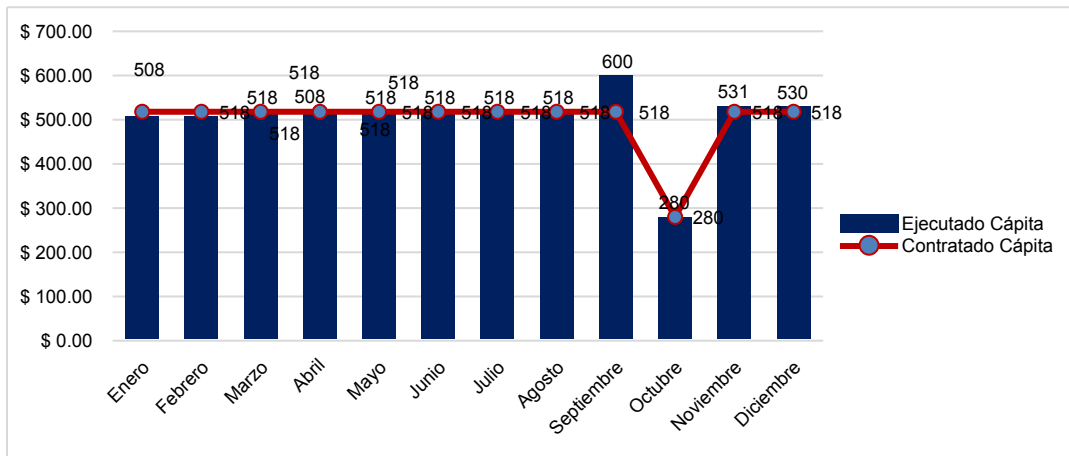


1 GESTIÓN GERENCIAL

1.1 Contratos con Clientes

Sucursal Casanare

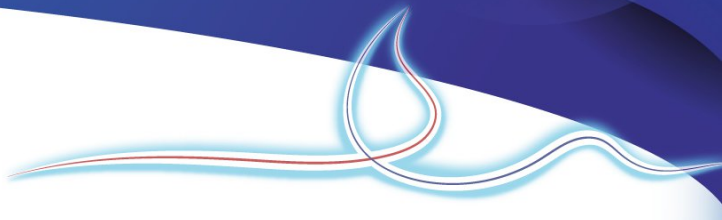
CLIENTE	TIPO DE CONTRATO	VIGENCIA	VALOR CONTRATO MILLONES	DE FIRMADO
FOMAG	Cápita	03/10/2025 al 31/12/2025	\$ 280.401.325	No
Fiduprevisora	Evento	Sin contrato	Tarifas Pactadas	NA



Fuente del Dato: Página Web – Soporte SharePoint – Informes online – Tablero Ventas al Día

Análisis: Diciembre. Jersalud desde octubre 3 de 2025, cuenta con acta precontractual y nueva nota técnica, con más CUPS, mayor frecuencia de uso y disminución del valor por usuario en contrato por cápita exclusiva con FOMAG. Los servicios asistenciales capitados son: servicios de primer nivel de complejidad, medicina general, enfermería, odontología, especialidades básicas como medicina interna, medicina familiar, ginecobstetricia, pediatría, nutrición, psicología y laboratorio clínico, y servicios nuevos como ecografías y psiquiatría; en las sedes de Yopal, Aguazul, Paz de Ariporo y Villanueva. Población certificada para diciembre 2025 de la sucursal Casanare: 7.155 usuarios. Valor facturado por capitación: \$530.550.405. Adicionalmente, durante el mes de diciembre se prestaron servicios bajo la modalidad de evento por un valor total de \$79.539.350, correspondientes a las actividades ejecutadas en el periodo mencionado

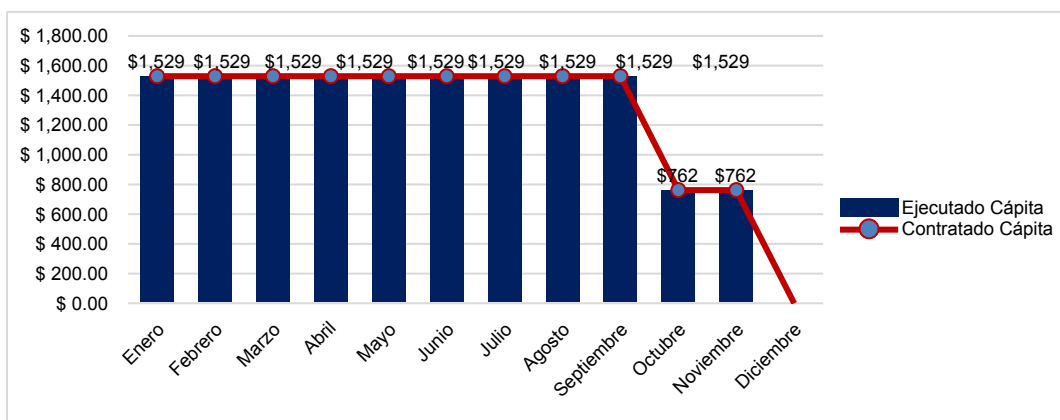




Sucursal Meta

CLIENTE	TIPO DE CONTRATO	DE VIGENCIA	VALOR DE CONTRATO MILLONES	DE FIRMADO
FIDUPREVISORA	Cápita	01/05/2024 30/05/2025	al \$1.529.519.394	01/05/2024
FIDUPREVISORA	Evento	Sin contrato	Tarifas Pactadas	NO

GRÁFICA 1. EJECUCIÓN DE CONTRATO CLIENTE (\$)



Fuente del Dato: Página Web – Soporte SharePoint – Informes online – Tablero Ventas al Dia

Análisis: Jersalud Meta cuenta con Contrato con FOMAG en forma de Cápita el cual representa el 90% de los Ingresos y es ejecutado a cabalidad con un valor definido en el Anexo 9, en donde se indica que se prestaran los servicios de primer nivel de complejidad medicina general, enfermería, odontología, especialidades como medicina interna, medicina familiar, ginecoobstetricia, pediatría, nutrición, psicología, laboratorio clínico y grupos ECIS, para este mes el certificado de población corresponde a 16.080 usuarios, con un aumento de 15 usuarios con respecto al mes de Noviembre, el valor radicado para el mes de Septiembre por concepto de cápita fue 762000000

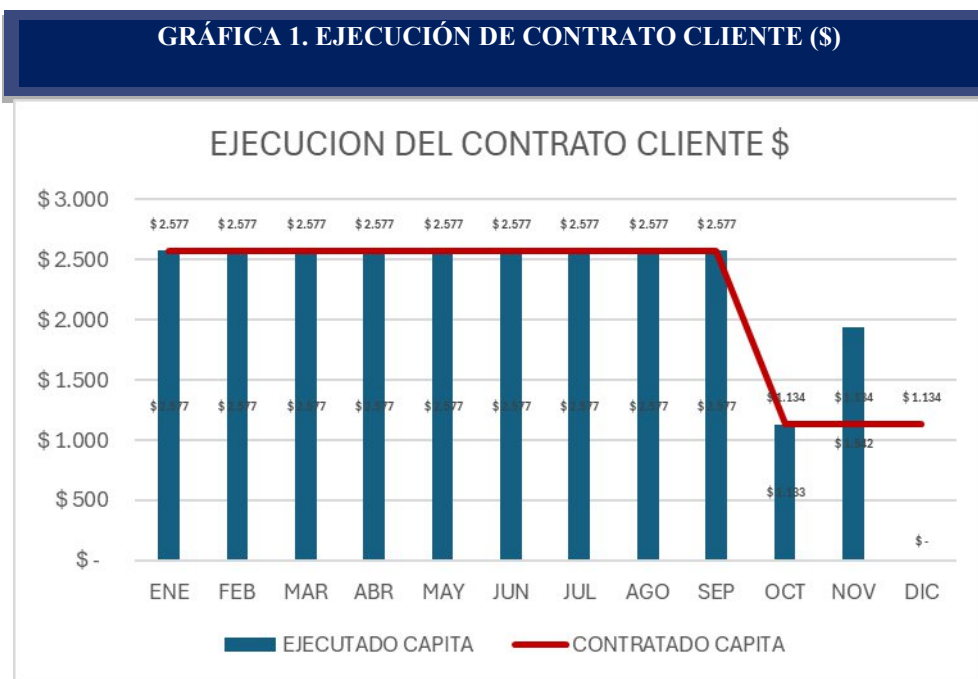


Contrato de Evento: Adicionalmente se prestan los servicios a usuarios de municipios no capitados a través de la modalidad de evento para el mes de septiembre por un valor de \$ 163.000.000 que corresponde al 9% de los ingresos del mes.

Sucursal Boyacá

CLIENTE	TIPO CONTRATO	DE VIGENCIA	VALOR CONTRATO MILLONES	DE FIRMADO
Fiduprevisora	Cápita	01/05/2024 30/04/2025	al \$2.577.287.000	01/05/2024
Fiduprevisora	Evento	Sin contrato	Tarifas Pactadas	N/A
Fiduprevisora	Cápita	03/10/2025 31/12/2025	al \$1.134.000.000	NO

GRÁFICA 1. EJECUCIÓN DE CONTRATO CLIENTE (\$)





Fuente del Dato: Fuente del Dato: Página Web – Soporte SharePoint – Informes online – Tablero Ventas al Día

Análisis: Jersalud a partir del 03 de octubre se realiza cambio de nota técnica actual, con disminución del valor por usuario, y se realiza acta precontractual, donde se prestaran los servicios de primer nivel de complejidad medicina general, enfermería, odontología, especialidades como medicina interna, medicina familiar, ginecoobstetricia, pediatría, nutrición, psicología y laboratorio clínico, y servicios nuevos: ecografías, psiquiatría; para la población certificada por la Fidupervisora que corresponde a municipio de cabecera municipal Tunja, Duitama, Sogamoso, Chiquinquirá, Soata, Miraflores, Garagoa, Guateque y Monquirá con una población el mes de noviembre con 27.051 con una radicación soportada de \$1.942.682.049 Con un aumento de 864 usuarios respecto al mes anterior. Adicionalmente se prestan los servicios a usuarios de municipios no se encuentran en la cápita certificados a través de la modalidad de evento, y de los servicios ofertados y contratados con base en el acta precontractual servicios por evento cardiología y terapias por un valor radicado de \$ 322.155.109.

Servicio Farmacéutico

CLIENTE	TIPO DE CONTRATO	VIGENCIA	VALOR CONTRATO MILLONES	DE FIRMADO
Medisalud UT	Contrato PGP	01/11/2023 al 30/04/2024	\$2.019.320.000	01/02/23
Medisalud UT	Contrato E-2022 – 043- EVENTO ONCOLGIA	01/11/2023 al 30/04/2024	DETERMINADO E INDETERMINABLES	01/11/22
Fidupervisora	CIRCULAR EXTERNA 001, 002, 007 y 08 DE 2024 ALCANCE A LA CIRCULAR EXTERNA 002 DE 2024, A PARTIR DEL 31 DE JULIO SE FOMAG EMITO ACTA DE NEGOCIACIÓN PRECONTRACTUAL- Objeto DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIO Y OTRAS TECNOLOGÍAS EN SALUD	23/09/2024 AL 31/07/2025	\$7.159.583.908 (valor para efectos fiscales y constitución de pólizas)	23/09/2024



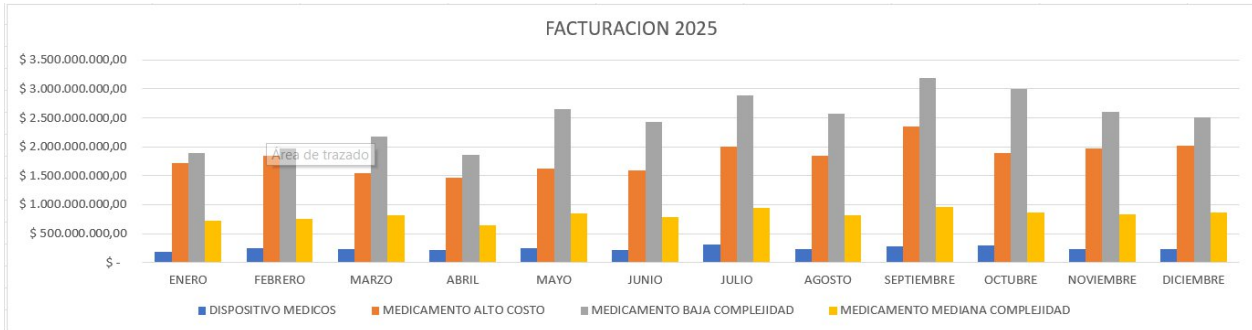
CONTRATO No 12076-2409-2024 – EVENTO

Fuente del Dato: Reporte servicios facturas los últimos 3 meses información se puede sacar de la vista mencionada realizando el análisis de la facturación de servicios por grupo de servicio

Análisis: Al cierre del año 2025 no se tiene definido contrato para la dispensación de medicamentos en los tres departamentos con la ERP, El contrato N° 12076-2409-2024 termino su vigencia el 31 julio de 2025 a partir de esa fecha se mantienen la prestación de servicios con la circular 07 de 31 julio de 2025. A cierre diciembre se generó unos ingresos por \$ 64.392.253.139 para una facturación promedio mes de \$ 5.366.021.095. el 5% corresponde a ingresos dispositivos médicos, 34% medicamentos alto costo, 46% medicamentos baja complejidad, 15% medicamentos mediana complejidad

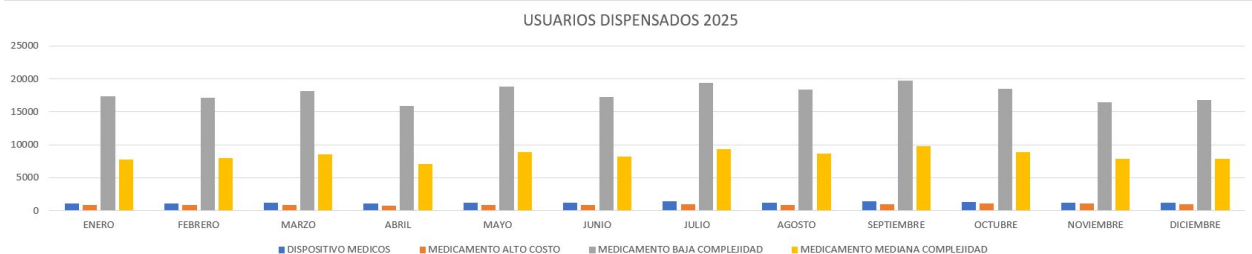
GRÁFICA 5. EJECUCIÓN DE CONTRATO EVENTO

Etiquetas de fila	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 Total general	
DISPOSITIVO MEDICOS	\$ 187.860.781	\$ 243.261.351	\$ 229.813.588	\$ 209.596.558	\$ 243.430.572	\$ 220.184.555	\$ 309.509.660	\$ 232.615.467	\$ 285.443.007	\$ 292.153.454	\$ 236.524.522	\$ 240.402.140	\$ 2.930.795.655
MEDICAMENTO ALTO COSTO	\$ 1.715.432.533	\$ 1.948.823.151	\$ 1.543.810.599	\$ 1.459.555.972	\$ 1.617.933.730	\$ 1.598.504.615	\$ 2.008.228.913	\$ 1.838.998.466	\$ 2.355.265.832	\$ 1.888.526.443	\$ 1.978.091.615	\$ 2.013.974.175	\$ 21.866.946.044
MEDICAMENTO BAJA COMPLEJIDAD	\$ 1.892.501.261	\$ 1.964.843.529	\$ 2.171.539.362	\$ 1.855.269.899	\$ 2.644.995.723	\$ 2.456.331.522	\$ 2.896.181.752	\$ 2.572.419.203	\$ 3.191.449.848	\$ 2.991.485.068	\$ 2.609.889.769	\$ 2.516.695.700	\$ 29.743.602.636
MEDICAMENTO MEDIANA COMPLEJIDAD	\$ 723.148.056	\$ 751.716.540	\$ 810.844.912	\$ 650.767.654	\$ 843.344.927	\$ 791.019.934	\$ 945.021.637	\$ 811.895.568	\$ 956.284.415	\$ 859.084.649	\$ 836.312.496	\$ 871.468.016	\$ 9.850.908.804
Total general	\$ 4.518.942.631	\$ 4.808.444.571	\$ 4.756.008.461	\$ 4.175.190.083	\$ 5.349.704.952	\$ 5.046.040.626	\$ 6.158.941.962	\$ 5.455.928.704	\$ 6.788.443.102	\$ 6.031.249.614	\$ 5.660.818.402	\$ 5.642.540.031	\$ 64.392.253.139



GRÁFICA 5.2. EJECUCIÓN DE CONTRATO EVENTO POR USUARIO

Etiquetas de fila	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 Total general	
DISPOSITIVO MEDICOS	1109	1121	1183	1060	1244	1246	1420	1260	1399	1331	1193	1175	43
MEDICAMENTO ALTO COSTO	846	877	878	749	866	837	960	913	1006	1046	1046	938	29
MEDICAMENTO BAJA COMPLEJIDAD	17408	17141	18105	15838	18813	17246	19435	18333	19774	18506	16430	16799	418
MEDICAMENTO MEDIANA COMPLEJIDAD	7760	7947	8520	7053	8904	8231	9390	8647	9811	8916	7844	7840	296
Total general	18780	18583	19533	17204	20343	18682	21091	19861	21273	19927	17844	18175	435

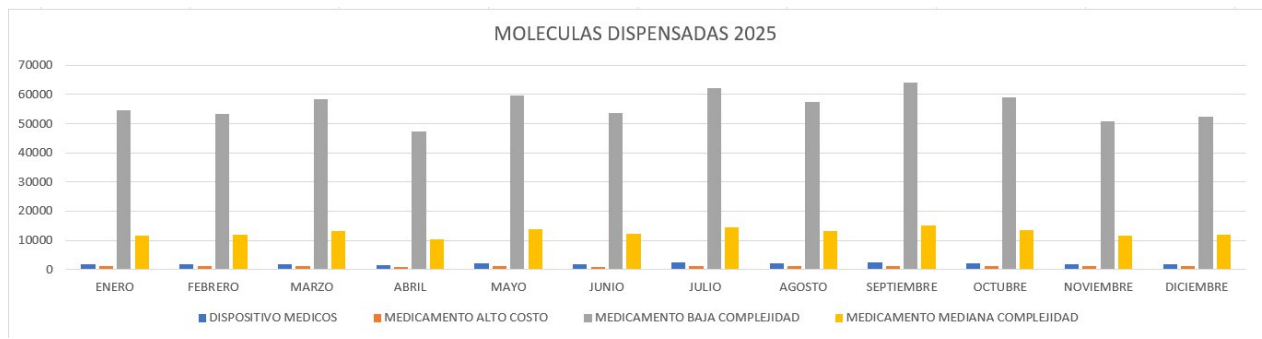


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



GRÁFICA 5.2. EJECUCIÓN DE CONTRATO EVENTO POR MOLÉCULA

Recuento de Medicamento_Insumo	Etiquetas de columna												Total general
Etiquetas de fila	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total general
DISPOSITIVO MEDICOS	1832	1799	1865	1647	1979	1945	2287	2071	2330	2154	1881	1866	23656
MEDICAMENTO ALTO COSTO	1067	1100	1087	909	1076	986	1171	1130	1227	1254	1248	1129	13384
MEDICAMENTO BAJA COMPLEJIDAD	54569	53456	58285	47254	59616	53650	62158	57607	64234	59115	50866	52301	673111
MEDICAMENTO MEDIANA COMPLEJIDAD	11530	11978	13207	10256	13917	12390	14504	13141	15227	13645	11737	12042	153574
Total general	68998	68333	74444	60066	76588	68971	80120	73949	83018	76168	65732	67338	863725



Sucursal Huila

CLIENTE	TIPO DE VIGENCIA	DE	FIRMADO
Medilaser	CONTRATO	PRESTACIÓN DE	SI
	Prestación de servicios	31-07-2040	

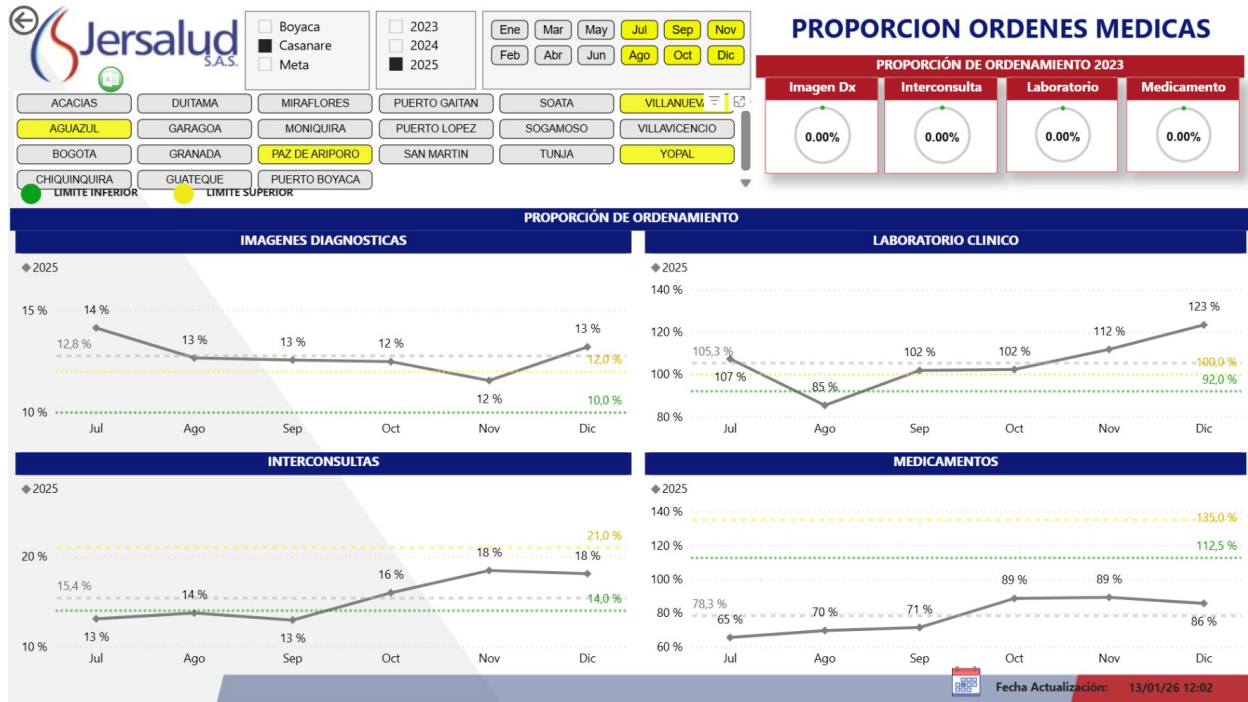
Análisis: Se cuenta con un contrato de prestación de servicios de salud con Clínica Medilaser, mediante la modalidad de asociación, el cual tiene una vigencia por 20 años, la cual va hasta el 31 de julio de 2040



Sucursal Casanare

1.2.1.1 Proporción de Ordenamiento General

GRÁFICA 7. PROPORCIÓN DE ORDENAMIENTO GENERAL (%)



Fuente del Dato: Power BI indicadores de ordenamiento

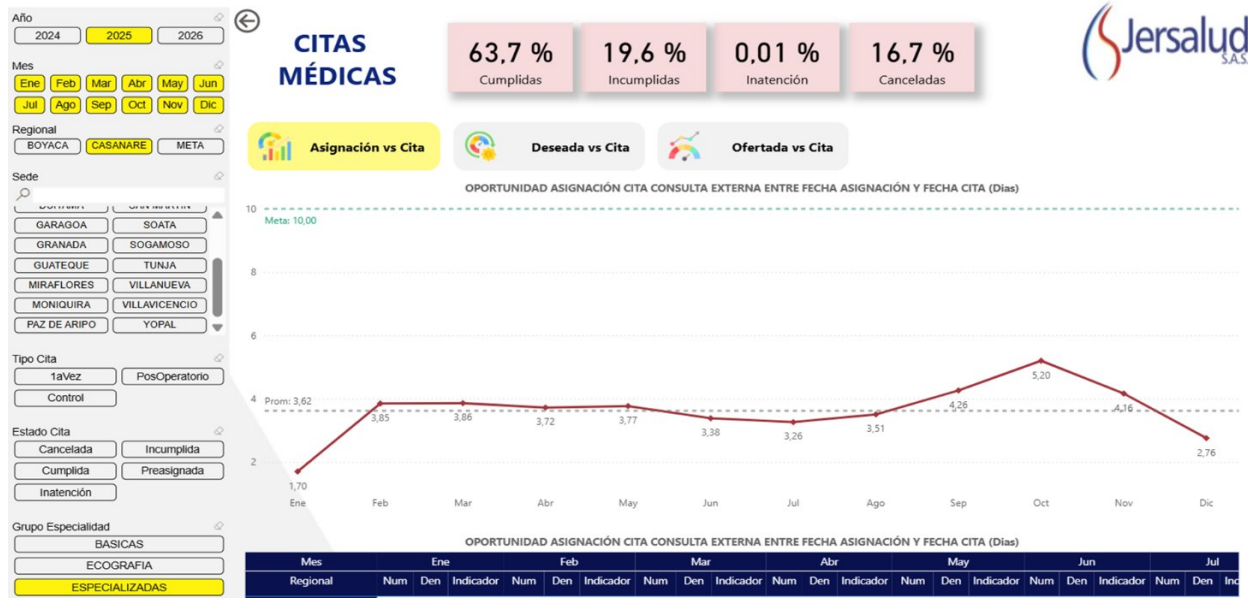
Análisis: Diciembre, el ordenamiento de imágenes diagnósticas, se observa incremento de 2% llegando al 13% aún por encima de la meta que oscila entre el 10 y 12%; laboratorio clínico con leve incremento a 123%, distanciándose de la meta del 100%, posiblemente secundario a cambio de modalidad de contratación de evento a cápita, por lo que se continúa en la contención del gasto; en interconsultas se observa un ligera disminución con resultado de 18%, y para medicamentos leve disminución con respecto al mes anterior con resultado 86% sin cumplimiento de la meta del 112.5%, pero se mantiene plana la tendencia respecto al mes anterior.

Equipos cuidado integral en salud ECIS-M, este contrato terminó el 30 de septiembre del presente año.



1.2.1.2 Indicador de Oportunidad

GRÁFICA 8. INDICADOR DE OPORTUNIDAD



SharePoint – Informes Online - Citas Médica

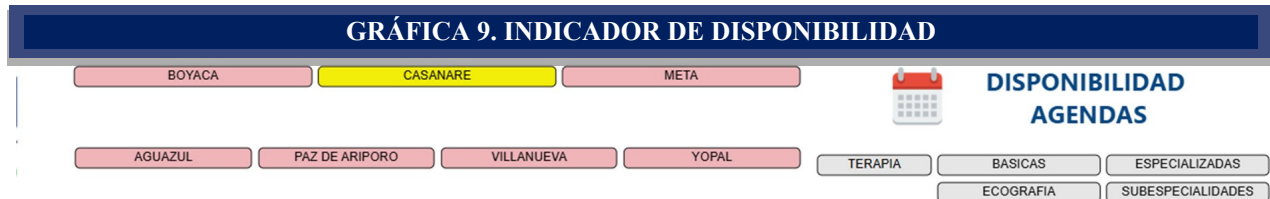
Análisis: En el mes de diciembre, la oportunidad en la asignación de citas para servicios básicos (Medicina General, Odontología, Enfermería e Higiene Oral) se ubicó en 2,1 días, sin cumplimiento de la promesa de servicio establecida. De igual manera, en las consultas especializadas (Medicina Interna, Medicina Familiar, Ginecología, Pediatría, Trabajo Social, Psicología y Nutrición) se evidenció una oportunidad promedio de 2,7 días, cumpliendo los tiempos definidos por la institución. En cuanto a la asistencia de los usuarios, se observó un incremento en las citas cumplidas, alcanzando un 64,5%, mientras que las citas incumplidas, se mantuvo en el 18,5% y las canceladas en 17%. Estos resultados reflejan avances en la



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

gestión de la oportunidad y asistencia, aunque se evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias orientadas a mejorar el cumplimiento de las citas programadas.

1.2.1.3 Indicador de Disponibilidad



DISPONIBILIDAD DE AGENDAS POR ESPECIALIDAD

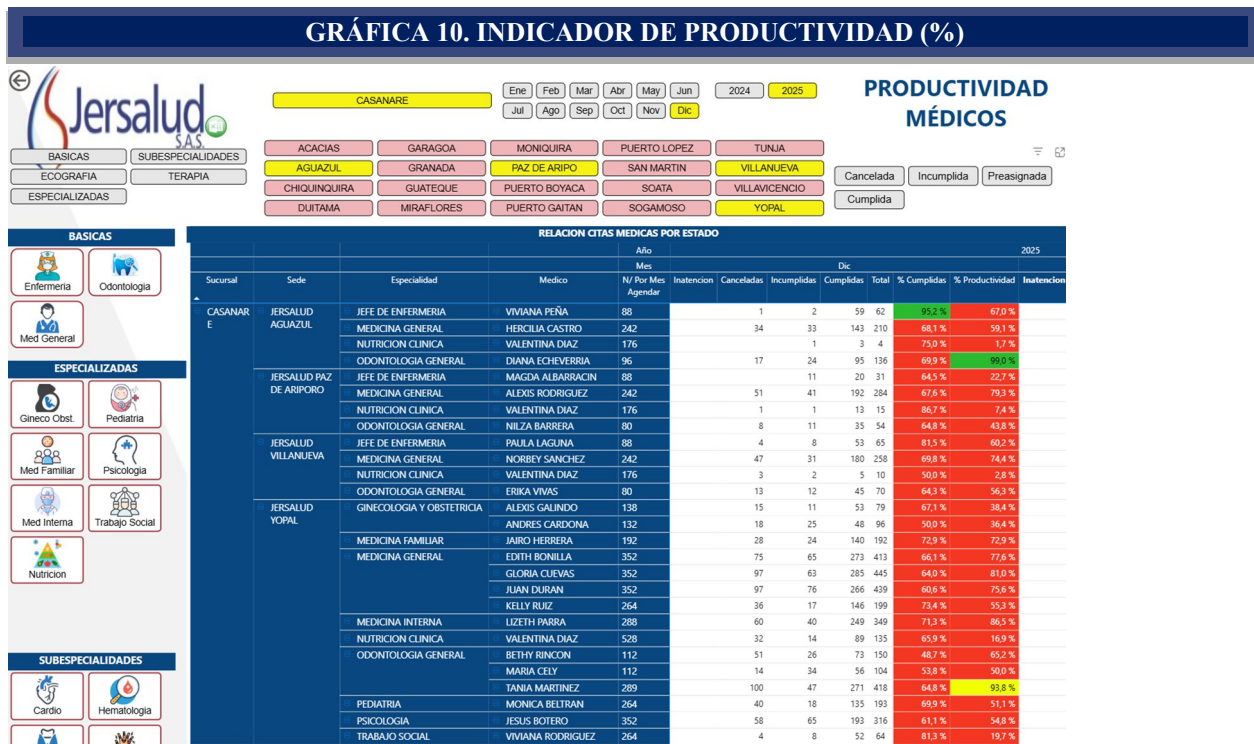
Sede	Cardio	Enfermeria	Fonoaudiologia	Gineco Obst.	Med Familiar	Med General	Med Interna	Nutricion	Odontologia	Pediatría	Psicologia	Ter Fisica	Ter Ocupacional	Trabajo Social
YOPAL	9	0	0	0	1	0	2	0	0	4	0	0	1	0
AGUAZUL		0			0	0		1	0		1			
VILLANUEVA		0			0	0		1			0			
PAZ DE ARIPORO		0			0	0		0	0		0			

Fuente del Dato: Power BI de disponibilidad

Análisis: En el presente indicador de disponibilidad para Casanare en el mes de diciembre, los servicios ofertados básicos (medicina general, odontología, enfermería) menor a dos días y especializados (medicina interna, medicina familiar, nutrición, ginecología, pediatría, trabajo social, psicología) menor a 5 días, dando cumplimiento a la meta.



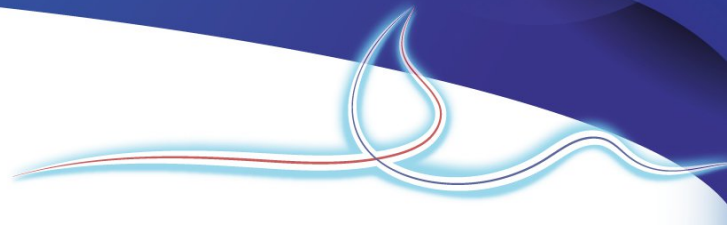
1.2.1.4 Indicador Productividad



Fuente: Tablero de indicadores PBI

Análisis: Durante el mes de diciembre, el indicador de productividad general no se cumplió de manera homogénea entre todos los profesionales. Se resalta que el servicio de odontología de la sede Yopal y Aguazul alcanzó un cumplimiento mayor al 90%. No obstante, se continúa fortaleciendo la estrategia de confirmación de citas por parte del personal de línea de frente, con el fin de mejorar la asistencia de los usuarios a los servicios solicitados. Adicionalmente, los resultados del indicador fueron socializados con todo el equipo profesional, y como acciones de mejora se continúa con la implementación de actividades educativas facturables. Asimismo, durante los tiempos disponibles, los profesionales están desarrollando las capacitaciones a través de la plataforma Moodle, contribuyendo al fortalecimiento de sus competencias y al mejoramiento continuo del servicio

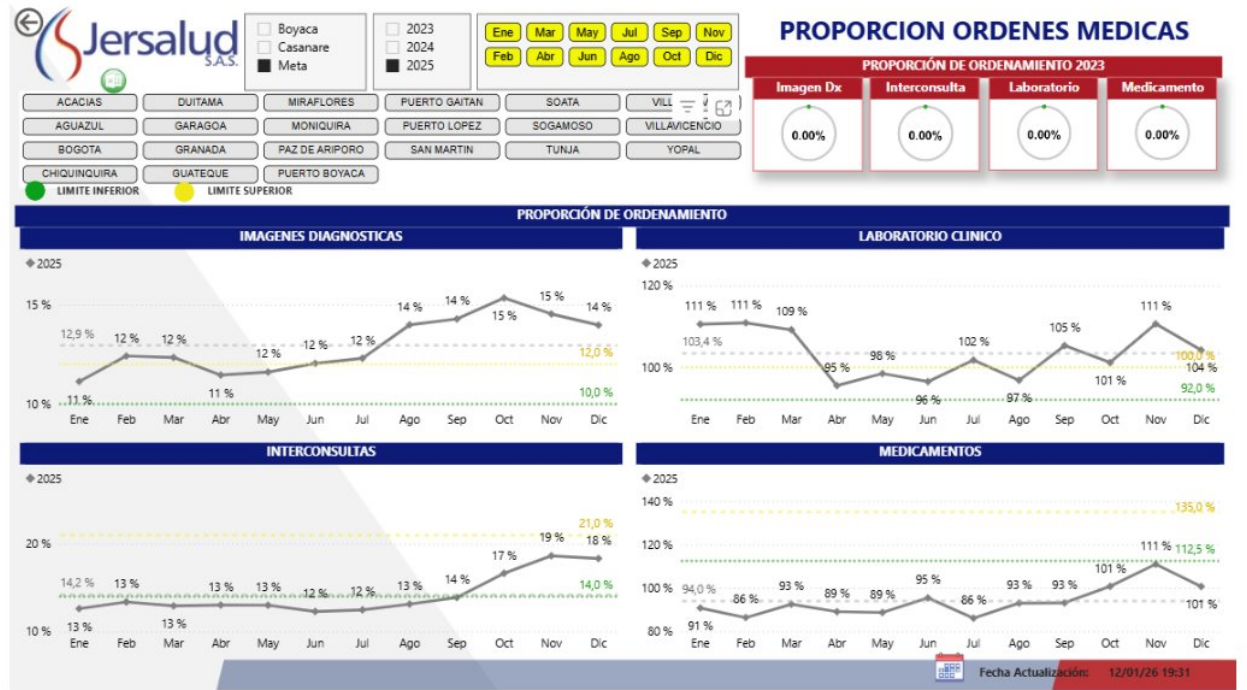




Sucursal Meta

1.2.1.5 Proporción de Ordenamiento General

GRÁFICA 11. PROPORCIÓN DE ORDENAMIENTO GENERAL (%)



Fuente del Dato: Power BI indicadores de ordenamiento

Análisis: Para el mes de diciembre del año 2025 como se evidencia en el Tablero de proporción de Ordenamiento en el Indicador de Imagenología NO CUMPLE con el valor Estándar con un resultado para el periodo de 14 %, dos puntos porcentuales superior al techo establecido del 12%. Sin embargo, disminuye frente al periodo anterior. NO CUMPLE el Indicador de Interconsultas 18% con un techo 14,0%. En el Indicador de Laboratorio Clínico NO CUMPLE con un indicador del 104% con un techo de 92%. El Indicador de Medicamentos Cumple con un valor estándar de 101% con un techo de 112,5%.

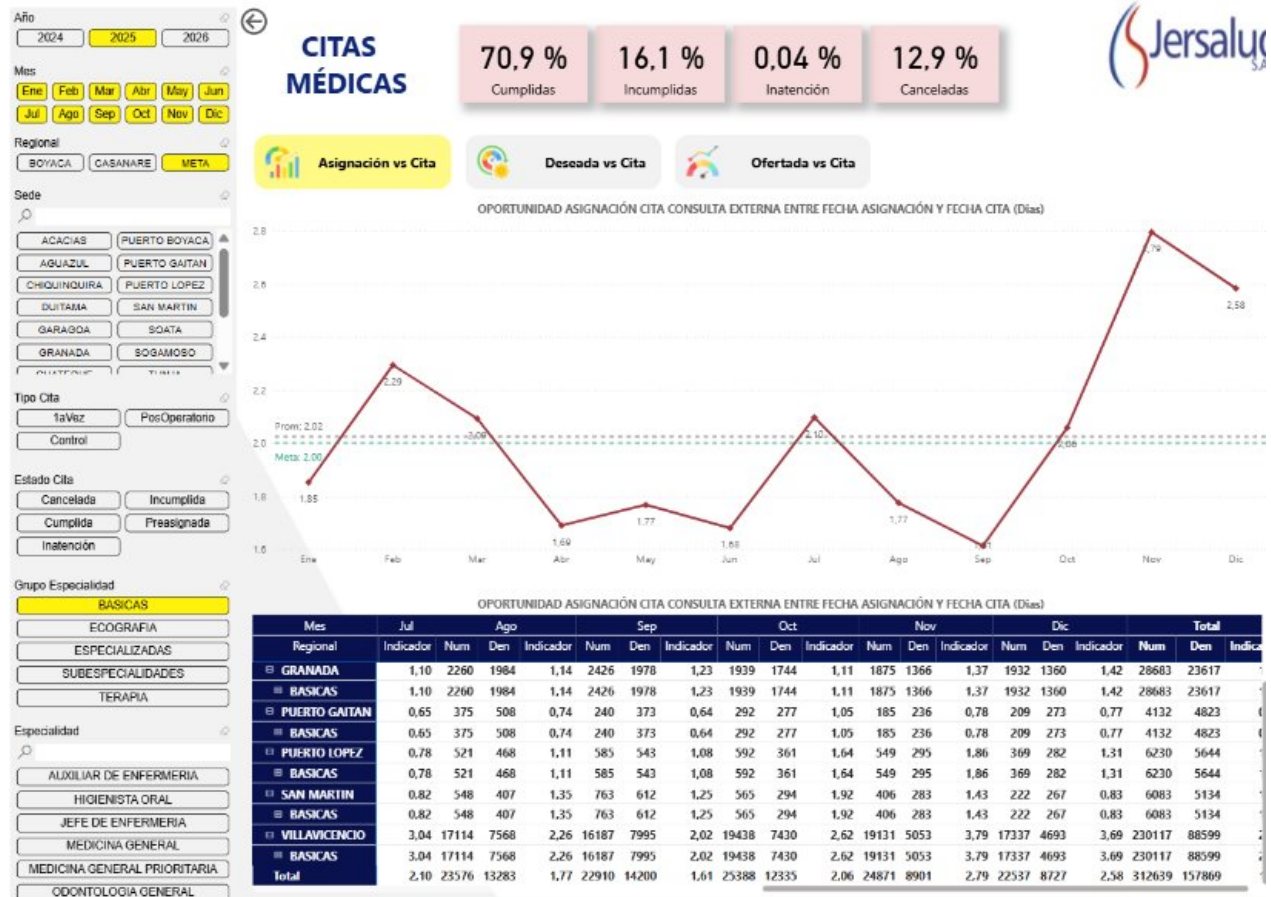


Equipos cuidado integral en salud ECIS-M

Este programa finalizó el 30 de septiembre de 2025.

1.2.1.6 *Indicador de Oportunidad*

GRÁFICA 12. INDICADOR DE OPORTUNIDAD BASICAS - ESPECIALIZADAS



Fuente del Dato: SharePoint – Informes Online – Citas Médicas

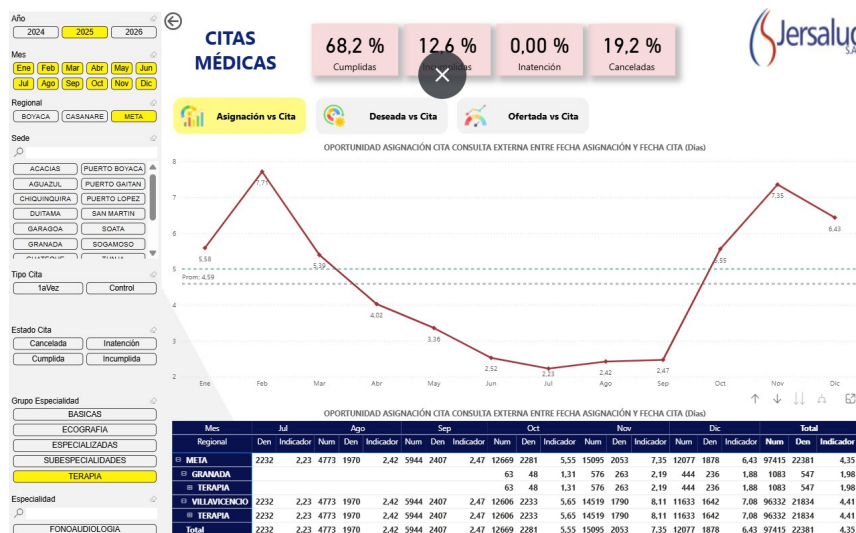
Para el mes de diciembre 2025 sucursal Meta presenta un promedio de oportunidad para los servicios básicos de 2,58. El valor es mayor al promedio del año dado que disminuyó la capacidad instalada y la población aumentó por ende la demanda de servicios, la disminución de capacidad instalada además impacta en la producción con disminución para el mes de noviembre versus los demás meses del año. Adicionalmente el servicio que presentó mayor desviación fue el de odontología general.





Fuente del Dato: SharePoint – Informes Online - Citas Médicas

En los indicadores de Servicios Especializados y de apoyo se contó con una oportunidad 3,9 días siendo la meta 5 Días (medicina Interna, Medicina Familiar, Ginecología, Pediatría, Trabajo Social, Psicología y Nutrición), por lo cual se CUMPLE con el indicador de oportunidad, dando igualmente cumplimiento al acuerdo de servicios con FOMAG.



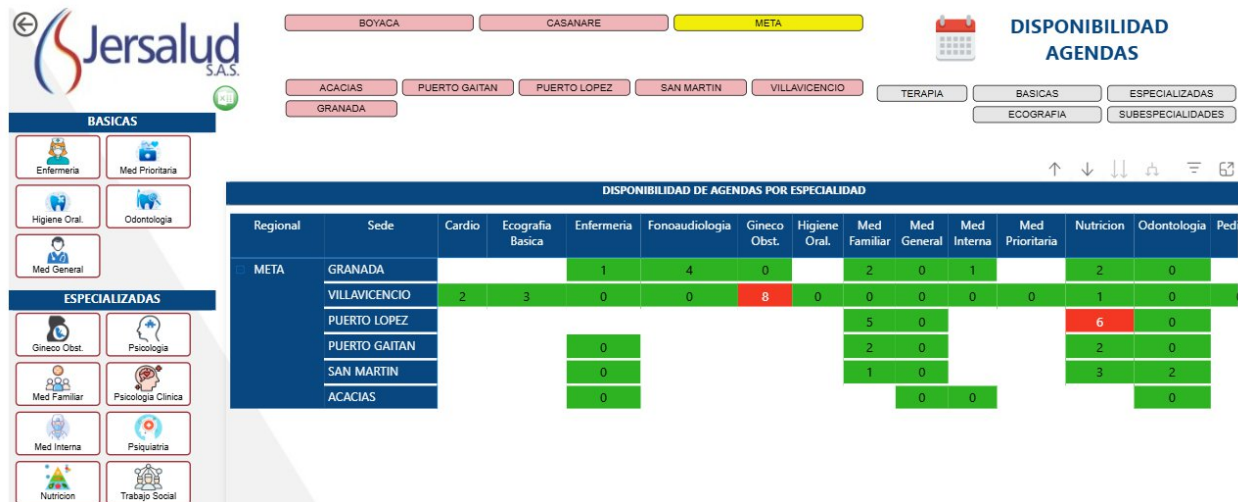
Fuente del Dato: SharePoint – Informes Online – Citas Médicas

En los indicadores de Servicios Especializados y de apoyo se contó con una oportunidad de 6,43 días siendo la meta 5 Días, indicador que ha disminuido para el mes de diciembre. Para este servicio en los meses anteriores a octubre se contaba con dos profesionales. Actualmente la sede cuenta con una profesional de 8 horas de lunes a viernes y con una profesional de 4 hoas tres veces por semana.



1.2.1.7 Indicador de Disponibilidad

GRÁFICA 13. INDICADOR DE DISPONIBILIDAD

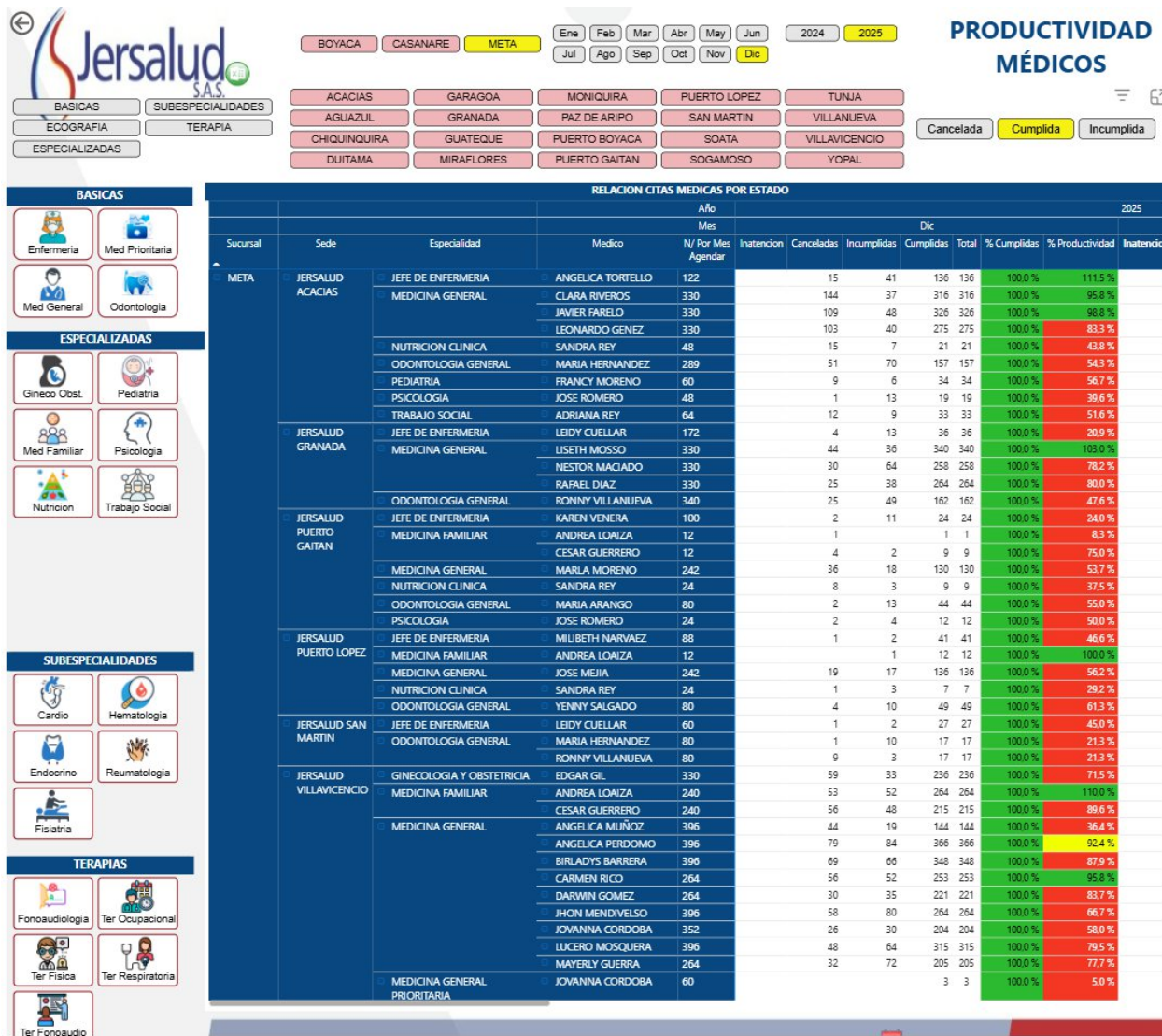


Fuente del Dato: SharePoint – Informes Online – Disponibilidad de agendas

Análisis: La Disponibilidad Diaria para el mes de diciembre presentó desviación en el servicio de Ginecobstetricia y Nutrición. El servicio de nutrición presentó disminución en la disponibilidad por periodo vacacional en el mes de diciembre. Para el servicio de Ginecología el profesional manifestó intención de no continuar con la institución en diciembre por lo que afectó el agendamiento por 3 días, sin embargo decidió continuar hasta el mes de enero.



GRÁFICA 14. INDICADOR DE PRODUCTIVIDAD (%)



Fuente del Dato: Power BI de productividad

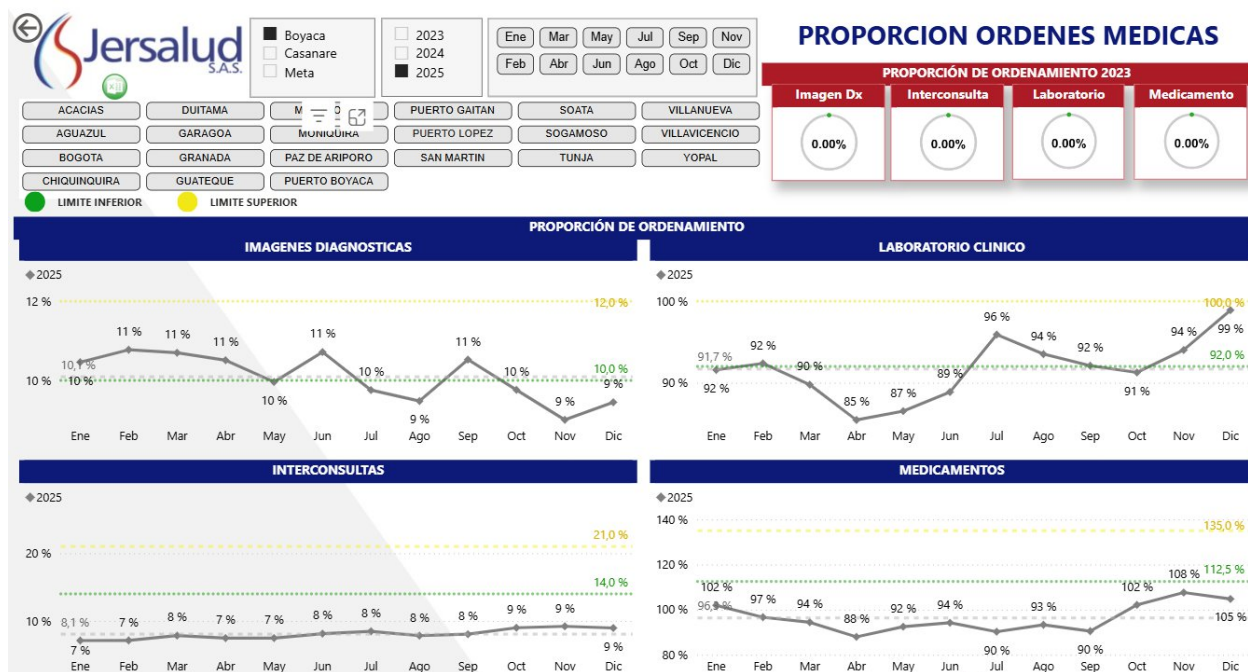
Análisis: En Jersalud Meta en el mes de diciembre se presenta la particularidad de menores días laborados por fechas festivas de final de año, se otorgaron periodos vacacionales previamente acordados afectando la productividad global. Sin embargo, hubo sedes con productividad mayor al 100% y 90%, esperado por cada profesional.



Sucursal Boyacá

1.2.1.9 Proporción de Ordenamiento General

GRÁFICA 15. PROPORCIÓN DE ORDENAMIENTO GENERAL (%)



Fuente del Dato: Power BI indicadores de ordenamiento

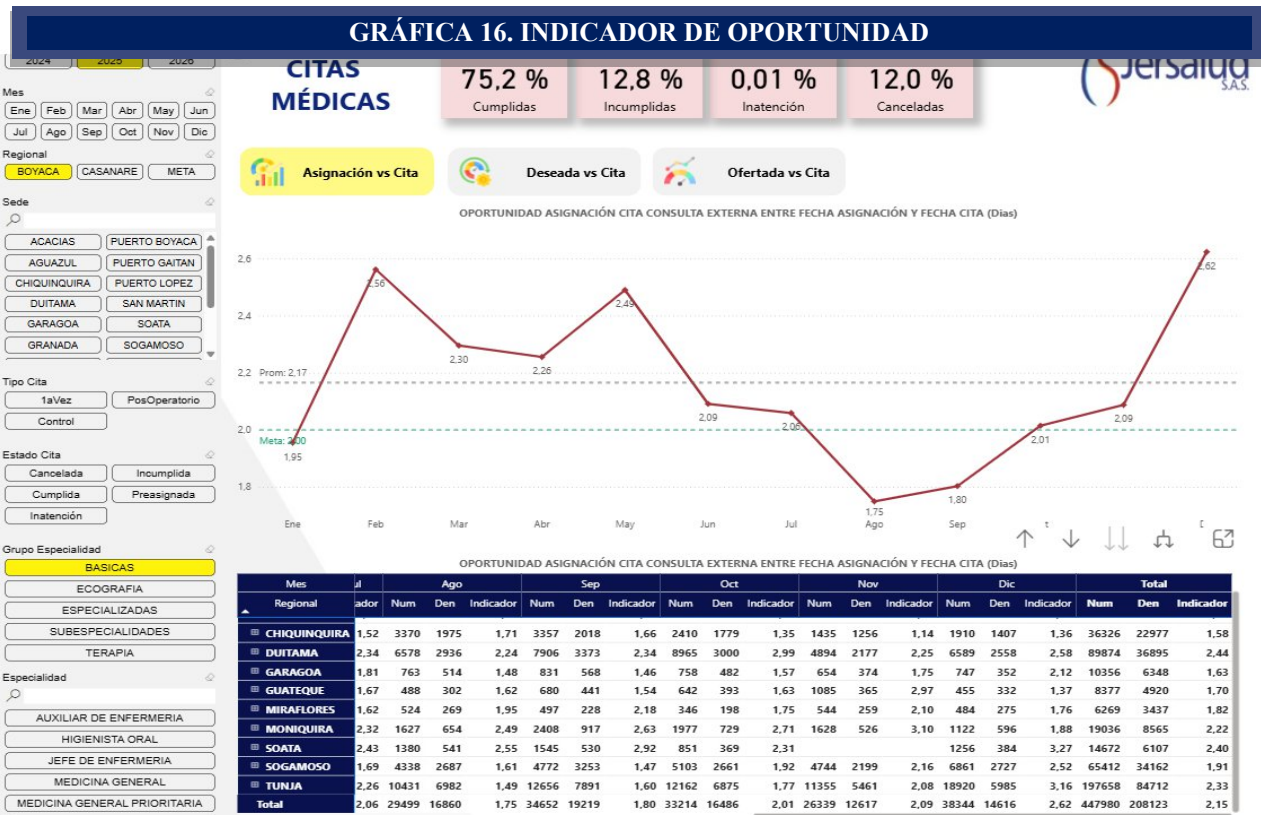
Análisis: para el mes de diciembre el indicador de proporción de imágenes diagnosticas tuvo un promedio del 9% (meta <10%), laboratorio clínico 99% (meta <92%), interconsulta 9% (meta <14%) medicamentos 105% (meta <112.5%), con cumplimiento de la meta propuesta. Los indicadores se encuentran dentro de las metas, excepto el indicador de ordenamiento de laboratorio el cual se elevó en un 3% respecto al último mes, sin embargo, este aumento se genera como plan de mejora para el cumplimiento de metas de P&M y captación de nuevos usuarios diabéticos e hipertensos.



1.2.3.2 Equipos cuidado integral en salud ECIS-M

El programa ECIS-M no se presta desde el 30 de septiembre de 2025, según nueva nota técnica.

1.2.1.10 Indicador de Oportunidad



Análisis: En diciembre 2025 con incumplimiento en el indicador de oportunidad asignación de citas básicas, se encuentra en 2,62 días, para medicina general 2,7 días, odontología 3,4 días, enfermería 1,46 día e higiene oral 2,17 día (meta básicas 2 días). Con el promedio anual en 2,15 días para incumplimiento en la oportunidad de citas básicas.

Los municipios en donde se observa mayor incumplimiento son: Duitama con un promedio en el año de 2,44 días, Soata con 2,40 días, Tunja con 2,33 días, y Monquirá con 2,22 días.



2024 2025 2026

Mes: Ene, Feb, Mar, Abr, May, Jun, Jul, Ago, Sep, Oct, Nov, Dic

Regional: BOYACA, CASANARE, META

Sede: ACACIAS, PUERTO BOYACA, AGUAZUL, PUERTO GAITAN, CHIQUINQUIRA, PUERTO LOPEZ, DUITAMA, SAN MARTIN, GARAGOA, SOATA, GRANADA, SOGOMOSO

Tipo Cita: 1aVez, PosOperatorio, Control

Estado Cita: Cancelada, Incumplida, Cumplida, Preasignada, Intención

Grupo Especialidad: BASICAS, ECOGRAFIA, ESPECIALIZADAS, SUBESPECIALIDADES, TERAPIA

Especialidad: CIRUGIA GENERAL, CIRUGIA MAXILOFACIAL, CIRUGIA ORAL, CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

CITAS MÉDICAS

68.6 % Cumplidas, 18.9 % Incumplidas, 0.01 % Intención, 12.5 % Canceladas

Asignación vs Cita

Deseada vs Cita

Ofertada vs Cita

OPORTUNIDAD ASIGNACIÓN CITA CONSULTA EXTERNA ENTRE FECHA ASIGNACIÓN Y FECHA CITA (Días)



Mes	Jul			Ago			Sep			Oct			Nov			Dic			Total		
	Regional	Indicador	Num	Den	Indicador	Num	Den	Indicador	Num	Den	Indicador	Num	Den	Indicador	Num	Den	Indicador	Num	Den	Indicador	
BOYACA	2.61	16222	6439	2.52	22091	7668	2.88	17009	4475	3.80	15023	4493	3.34	16807	4749	3.54	242812	81807	2.97		
TUNJA	2.98	6687	2715	2.46	9851	3564	2.76	6984	2210	3.16	7630	2283	3.34	9220	2374	3.88	118527	35473	3.34		
SOGOMOSO	2.26	2439	1172	2.08	2662	1230	2.16	2359	727	3.24	2056	768	2.68	2713	914	2.97	35362	13665	2.59		
SOATA	3.12	346	144	2.40	543	205	2.65	192	57	3.37	89	50	1.78	7710	2285	3.37					
MONIQUIRA	1.48	543	336	1.62	596	329	1.81	576	171	3.37	383	134	2.86	757	137	5.53	6228	2769	2.25		
MIRAFLORES	2.88	315	78	4.04	501	144	3.48	235	56	4.20	501	79	6.34	264	54	4.89	4082	1310	3.12		
GUATEQUE	3.94	235	130	1.81	643	149	4.32	429	93	4.61	331	55	6.02	374	74	5.05	3936	1569	2.51		
GARAGOA	2.01	237	152	1.56	780	187	4.17	716	97	7.38	530	71	7.46	284	56	5.07	4551	2001	2.27		
DUITAMA	2.24	3622	1224	2.96	4213	1388	3.04	3647	822	4.44	2816	781	3.61	2684	872	3.08	47022	16845	2.79		

Fuente del Dato: SharePoint – Informes Online - Citas Médicas

Análisis: Para especialidades con una oportunidad de 3,3 días. Con cumplimiento de la meta, con un indicador en promedio anual de 2,97 días dentro de metas. Inasistencia general en los servicios básicos en promedio del 13% con aumento del 1,1% respecto a noviembre (11,9%) y para especialidades del 11,9% con disminución frente al mes anterior con 13,1%. El promedio de inasistencia anual fue del 11%, cancelación de citas 14% y cumplimiento de citas con un 75%.

1.2.1.11 Indicador de Disponibilidad

GRÁFICA 17. INDICADOR DE DISPONIBILIDAD

ACACIAS, GARAGOA, MONIQUIRA, SAN MARTIN, VILLANUEVA, AGUAZUL, GRANADA, PAZ DE ARIFORO, SOATA, VILLAVICENCIO, CHIQUINQUIRA, GUATEQUE, PUERTO GAITAN, SOGOMOSO, YOPAL, DUITAMA, MIRAFLORES, PUERTO LOPEZ, TUNJA

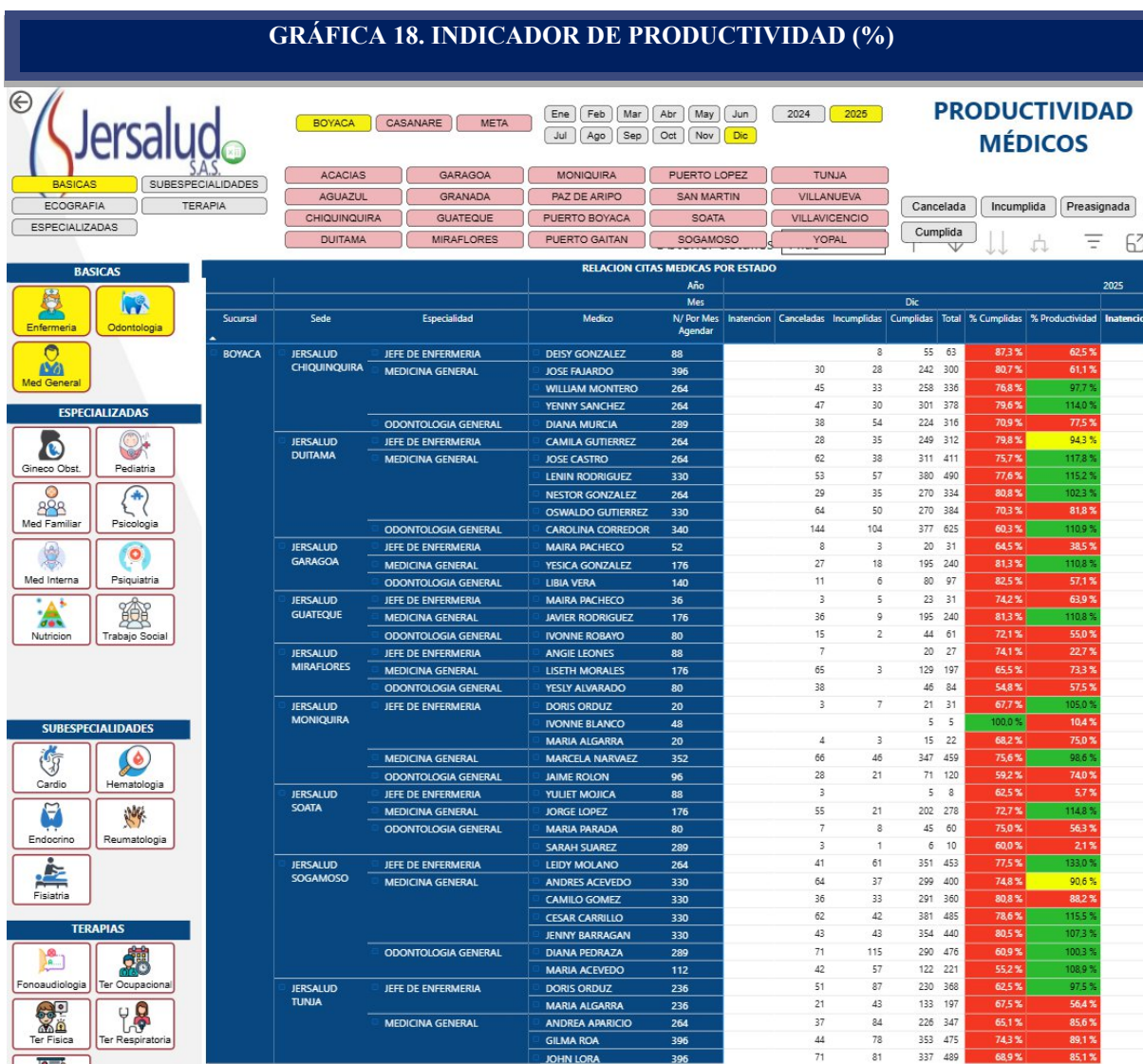
BASICAS, ESPECIALIZADAS

Regional	Sede	DISPONIBILIDAD DE AGENDAS POR ESPECIALIDAD											
		Infermería	Gineco Obst.	Higiene Oral.	Med Familiar	Med General	Med Interna	Med Prioritaria	Nutrición	Odontología	Ortopedia Traumat.	Pediatría	Psicología
BOYACA	SOGOMOSO	0	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
	DUITAMA	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	MIRAFLORES	0				2				1			
	TUNJA	1	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
	CHIQUINQUIRA	0	1	0		0				0			
ESPECIALIZADAS	GUATEQUE	1				0							
	MONIQUIRA	0				0				1			
	GARAGOA	0				0				0			
	SOATA	0				0				0			

Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario

Análisis: En diciembre con disponibilidad de agenda, no se presenta novedades en la prestación del servicio en básicas ni especializadas, sin embargo, en servicios nuevos como ecografías y psiquiatría se evidencia dificultades para la prestación del servicio porque aún se está en proceso de consecución del personal. El municipio con mayor dificultad para conseguir los especialistas para los servicios nuevos es Chiquinquirá.

1.2.1.12 Indicador de Productividad



Fuente del Dato: Power BI/Informes/citas médicas/productividad profesional

Análisis: En el mes de diciembre hubo una productividad del 81.3% en promedio de los profesionales de los servicios prestados ya que la demanda inducida que se realiza en cada una de las atenciones sea efectiva.

Al revisar por servicios se observa: Medicina general con 83,7%, seguido de enfermería con 63,8% y odontología con 78,2%.

En la medición de la productividad se genera citas adicionales para compensar citas incumplidas, adicional por parte del profesional se realiza la llamada de educación y demanda inducida a este tipo de usuarios lo



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

cuales están direccionados a programas de mantenimiento de la salud. La productividad de los servicios especializados tuvo un promedio del 84,5%.

Servicio Farmacéutico

1.2.1.13 Proporción de Medicamentos Pendientes



Fuente del Dato: Power BI de medicamentos pendientes

Análisis: Durante el mes de diciembre se cerró con un indicador de cumplimiento a los indicadores de oportunidad según el contrato con FOMAG de 2.96 % con oportunidad de entrega dentro de las 24 horas con un indicador de 97.9%

1.2.1.14 Proporción de cumplimiento al plan de compras

GRÁFICA 20. TOTAL, DEL PLAN DE COMPRAS EJECUTADO

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DIEMBRE
COMPROBANTES DE ENTRADA	\$ 128.616.509,68	\$ 137.705.398,10	\$ 166.828.110,89	\$ 188.614.509,00	\$ 346.424.002,00	\$ 101.978.490,00	\$ 169.887.448,00	\$ 169.525.933,00	\$ 306.032.321	\$ 156.473.724	\$ 131.430.094,80	\$ 192.132.508
DISPOSITIVO MEDICOS	\$ 9.661.860,00	\$ 27.962.868,00	\$ 17.509.595,00	\$ 15.728.772,00	\$ 9.523.477,00	\$ 17.802.951,00	\$ 20.968.756,00	\$ 19.427.270	\$ 12.493.579	\$ 7.182.365,00	\$ 3.264.184	
ELEMENTO DE CONSUMO	\$ 1.194.587.031,00	\$ 789.156.886,00	\$ 1.090.304.653,70	\$ 1.393.715.367,00	\$ 1.780.097.813,00	\$ 874.147.809,00	\$ 1.616.104.309,00	\$ 1.359.483.462,00	\$ 1.956.549.702	\$ 1.279.819.485	\$ 1.546.577.779,00	\$ 1.711.401.031
MEDICAMENTO ALTO COSTO	\$ 755.668.545,50	\$ 1.638.365.520,00	\$ 1.358.813.922,70	\$ 1.544.874.084,60	\$ 1.990.370.322,00	\$ 1.044.991.140,00	\$ 1.257.394.295,00	\$ 1.779.392.595,00	\$ 2.417.496.095	\$ 1.085.638.497	\$ 1.327.993.622,00	\$ 1.649.107.448
MEDICAMENTO BAJA COMPLEJIDAD	\$ 397.609.368,00	\$ 463.555.468,80	\$ 404.542.224,60	\$ 479.959.961,00	\$ 692.804.321,00	\$ 395.459.008,00	\$ 364.319.669,00	\$ 571.397.012,00	\$ 804.374.594	\$ 304.221.824	\$ 414.429.664,00	\$ 574.433.799
MEDICAMENTO MEDIANA COMPLEJIDAD	\$ 2.486.143.314,18	\$ 3.028.783.272,90	\$ 3.048.451.779,89	\$ 3.624.673.516,60	\$ 4.825.425.230,00	\$ 2.426.099.924,00	\$ 3.425.508.672,00	\$ 3.900.767.758,00	\$ 5.503.879.981,90	\$ 2.838.647.109,00	\$ 3.427.613.524,80	\$ 4.130.338.970
Total general	\$ 2.486.143.314,18	\$ 3.028.783.272,90	\$ 3.048.451.779,89	\$ 3.624.673.516,60	\$ 4.825.425.230,00	\$ 2.426.099.924,00	\$ 3.425.508.672,00	\$ 3.900.767.758,00	\$ 5.503.879.981,90	\$ 2.838.647.109,00	\$ 3.427.613.524,80	\$ 4.130.338.970





Fuente del Dato: Indicador de Compras

Detalle por comprobante de entrada durante el año 2025.

Análisis: A partir del mes de julio de 2024, se firma CONTRATO con FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S, con el objeto de suministrar medicamentos y tecnologías en salud, para el mes de diciembre se obtuvieron por comprobante de entrada el valor de \$5.494.699.776

TOP 15 MEDICAMENTOS DE MAYOR ROTACION A DICIEMBRE 2025

MEDICAMENTOS DE MAYOR ROTACION 2025	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total general
Etiquetas de fila				
LOSARTAN POTASICO TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG	121560	104565	109380	335505
ACETAMINOFEN TABLETA O CAPSULA 500 MG	63120	58340	56770	178230
ACIDO ACETIL SALICILICO TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 100 MG	48420	44760	44850	138030
LEVOTIROXINA SODICA TABLETA 50 MCG	44690	39790	43890	128370
ROSUVASTATINA TABLETA RECUBIERTA O CAPSULA 40 MG	37710	35220	37990	110920
ATORVASTATINA TABLETA O CAPSULA 40 MG	37340	35870	35995	109205
LEVOTIROXINA SODICA TABLETA 75 MCG	29290	26295	29550	85135
ATORVASTATINA TABLETA O CAPSULA 20 MG	30980	25540	28330	84850
ROSUVASTATINA TABLETA RECUBIERTA O CAPSULA 20 MG	28950	26010	28400	83360
TIRAS GLUCOMETRIA	29500	26450	25280	81230
AGUJA PEN DE INSULINA DESECHABLE 31G X 4.0MM	28507	22831	24158	75496
CARBONATO DE CALCIO/VITAMINA D3 (EQ. A 11.276+4500 G/UI) GRANULOS EFERVESCENTES 500+2(22500	23615	23095	69210
EMPAGLIFLOZINA/METFORMINA CLORHIDRATO 12.5MG+1000MG TABLETA	22110	22760	22860	67730
LOSARTAN/HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 50+12.5 MG	22980	21435	21570	65985
ENALAPRIL TABLETA 20 MG	24120	21560	19920	65600
AMLODIPINO BESILATO TABLETA 5 MG	22050	20450	19810	62310

Nota: El Losartán y el Acetaminofén mantuvieron sus primeros lugares al cierre del año 2025. Los medicamentos de baja complejidad mantienen le primer lugar en cantidades de dispensación durante todo el año2025, lo que indica que los medicamentos básicos del grupo de síndrome metabólico son los de mayor demanda en el proceso de dispensación



DETALLE DE COSTOS POR GRUPO FARMACOLOGICO ULTIMO TRIMESTRE 2025

COSTO GRUPO FARMACOLOGICO				
Etiquetas de fila	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total general
FÁRMACOS USADOS EN DIABETES	\$ 697.619.835	\$ 659.001.217	\$ 668.854.011	\$ 2.025.475.064
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS	\$ 510.318.849	\$ 568.699.663	\$ 620.557.888	\$ 1.699.576.400
AGENTES QUE ACTÚAN SOBRE EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	\$ 200.580.172	\$ 186.797.170	\$ 199.717.255	\$ 587.094.598
TERAPIA ENDOCRINA	\$ 191.528.150	\$ 180.438.914	\$ 213.963.609	\$ 585.930.673
AGENTES INMUNOSUPRESORES	\$ 186.761.213	\$ 194.337.636	\$ 187.424.178	\$ 568.523.027
AGENTES QUE REDUCEN LOS LÍPIDOS SÉRICOS	\$ 196.751.672	\$ 184.883.625	\$ 148.570.097	\$ 530.205.393
DISPOSITIVOS MEDICOS	\$ 184.659.255	\$ 163.548.574	\$ 178.060.956	\$ 526.268.786
OFTALMOLÓGICOS	\$ 143.057.088	\$ 122.593.556	\$ 129.878.346	\$ 395.528.991
AGENTES ANTITROMBÓTICOS	\$ 76.248.396	\$ 81.267.820	\$ 101.747.523	\$ 259.263.739
AGENTES CONTRA PADECIMIENTOS OBSTRUCTIVOS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS	\$ 87.188.979	\$ 71.362.469	\$ 86.853.334	\$ 245.404.782
PRODUCTOS DE USO UROLÓGICO	\$ 73.019.413	\$ 69.282.553	\$ 72.563.530	\$ 214.865.496
ANTIHIPERTENSIVOS	\$ 66.682.043	\$ 77.692.842	\$ 48.645.751	\$ 193.020.636
ANTIEPILÉPTICOS	\$ 63.044.702	\$ 61.850.543	\$ 61.260.630	\$ 186.155.875
ANTHEMORRÁGICOS	\$ 47.758.218	\$ 58.258.246	\$ 64.961.172	\$ 170.977.637
NUTRIENTES GENERALES	\$ 70.923.045	\$ 54.774.606	\$ 42.326.913	\$ 168.024.564

NOTA: El conjunto de datos presenta los principales grupos farmacológicos en términos de rotación costos, proporcionando información sobre el monto dispensados en el último trimestre del 2025 los fármacos para diabetes lideran los costos por grupo farmacológico seguido de antineoplásicos usados en tratamiento oncológicos.



MEDICAMENTOS ANTINEOPLASICOS ULTIMO TRIMESTRE 2025

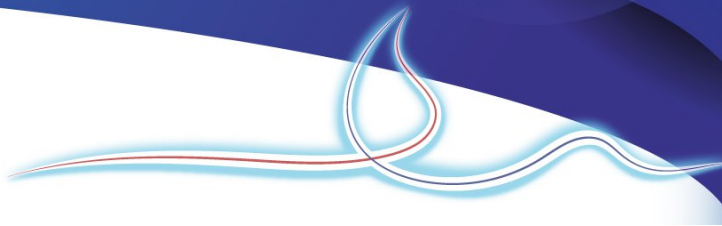
MEDICAMENTOS ANTINEOPLASICOS				
Etiquetas de fila	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total general
PEMBROLIZUMAB 100MG/4ML SOLUCION INYECTABLE VIAL X10ML	\$ 66.792.000	\$ 89.056.000	\$ 200.376.000	\$ 356.224.000
OSIMERTINIB 80MG TABLETA RECUBIERTA	\$ 92.723.971	\$ 46.170.895	\$ 69.122.579	\$ 208.017.444
PALBOCICLIB CAPSULA 125 MG	\$ 60.206.202	\$ 60.206.202	\$ 68.807.088	\$ 189.219.492
DAUNORUBICINA LIPOSOMAL 50MG/VIAL (2MG/ML) INTRAFUSION VENOSA		\$ 94.000.000		\$ 94.000.000
NILOTINIB CLORHIDRATO 150MG CAPSULA DURA	\$ 26.000.794	\$ 26.104.411	\$ 28.799.395	\$ 80.904.600
RUXOLITINIB 10MG TABLETA	\$ 26.197.800	\$ 26.197.800	\$ 26.197.800	\$ 78.593.400
PERTUZUMAB 420MG/14ML SOLUCION INYECTABLE	\$ 7.581.714	\$ 30.326.856	\$ 37.908.570	\$ 75.817.140
NINTEDANIB 150MG CAPSULA BLANDA	\$ 24.341.400	\$ 24.272.100	\$ 24.272.100	\$ 72.885.600
VISMODEGIB 150MG TABLETAS	\$ 14.890.512	\$ 14.890.512	\$ 35.031.622	\$ 64.812.646
PALBOCICLIB 100MG TABLETA	\$ 25.722.900	\$ 17.148.600	\$ 17.971.590	\$ 60.843.090
OLAPARIB 150MG TABLETA RECUBIERTA	\$ 15.875.776	\$ 15.875.776	\$ 15.875.776	\$ 47.627.328
RIBOCICLIB SUCCINATO 200MG TABLETA RECUBIERTA	\$ 12.049.616	\$ 12.354.513	\$ 12.176.494	\$ 36.580.624
BEVACIZUMAB 400MG/16ML SOLUCION INYECTABLE	\$ 12.133.744	\$ 6.066.872	\$ 12.133.744	\$ 30.334.360
NIVOLUMAB 100MG/10ML SOLUCION INYECTABLE	\$ 27.527.560			\$ 27.527.560
TRASTUZUMAB 160MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOL INY	\$ 18.162.396	\$ 9.081.198		\$ 27.243.594

Nota. Se destaca crecimiento en la demanda, Se presenta un aumento en el consumo de Pembrolizumab, utilizado comúnmente en diversos tipos de cáncer, quizás debido a nuevos ingresos de usuarios en Boyacá y Meta

MEDICAMENTOS DIABETICOS DICIEMBRE 2025

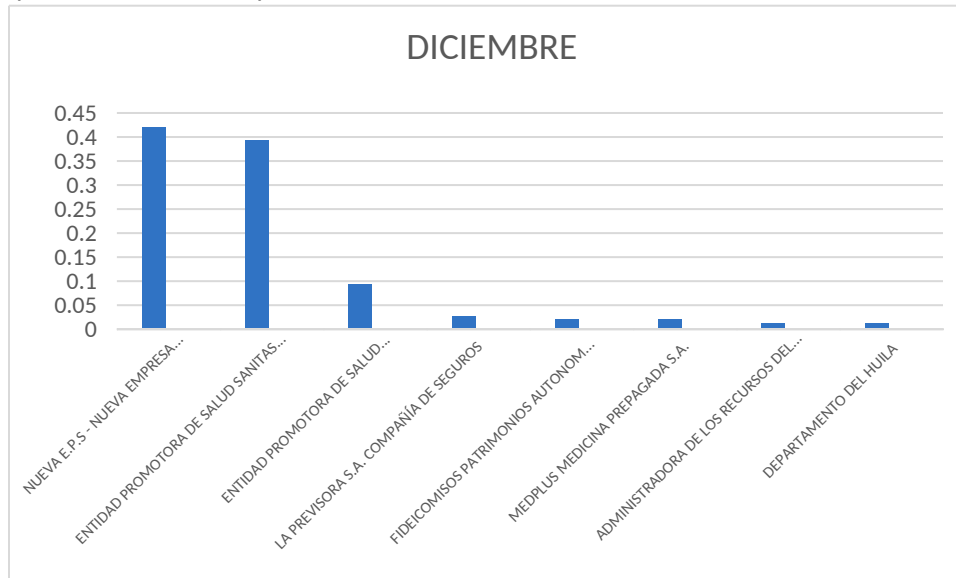
MEDICAMENTOS ANTINEOPLASICOS				
Etiquetas de fila	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total general
LIRAGLUTIDA 6MG/ML SOLUCION INYECTABLE PLUMA PRELLENADA 3ML	\$ 147.332.713	\$ 142.567.873	\$ 118.517.012	\$ 408.417.599
DAPAGLIFLOZINA 10MG TABLETA	\$ 67.481.736	\$ 63.529.989	\$ 67.410.185	\$ 198.421.911
EMPAGLIFLOZINA TABLETA 25 MG	\$ 58.718.195	\$ 59.975.124	\$ 62.084.589	\$ 180.777.908
EMPAGLIFLOZINA/METFORMINA CLORHIDRATO 12.5MG+1000MG TABLETA	\$ 55.899.934	\$ 60.023.695	\$ 60.562.794	\$ 176.486.423
SEMAGLUTIDA 7MG TABLETA	\$ 51.035.793	\$ 34.535.470	\$ 52.146.350	\$ 137.717.613
EMPAGLIFLOZINA TABLETA 10 MG	\$ 31.775.494	\$ 38.275.927	\$ 48.563.805	\$ 118.615.226
LINAGLIPTINA TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 5 MG	\$ 26.403.520	\$ 25.440.043	\$ 26.224.141	\$ 78.067.703
SITAGLIPTINA FOSFATO MONOHIDRATADA/METFORMINA CLORHIDRATO TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50+1000MG	\$ 26.978.159	\$ 25.771.782	\$ 24.390.018	\$ 77.139.959
EMPAGLIFLOZINA/LINAGLIPTINA 25MG+5MG TABLETA RECUBIERTA	\$ 25.761.375	\$ 23.075.573	\$ 20.860.159	\$ 69.697.107
METFORMINA CLORHIDRATO/DAPAGLIFLOZINA TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA 1000+5MG	\$ 25.369.961	\$ 20.090.515	\$ 19.222.710	\$ 64.683.187
INSULINA DEGLUDEC / LIRAGLUTIDA SOLUCION INYECTABLE (100 UI + 3.6 MG)/ML/3ML	\$ 23.890.615	\$ 14.548.345	\$ 18.782.621	\$ 57.221.582
METFORMINA CLORHIDRATO/DAPAGLIFLOZINA TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA 1000+10MG	\$ 10.548.172	\$ 12.134.410	\$ 14.232.704	\$ 36.915.286
DULAGLUTIDA JERINGA PRELLENADA DE VIDRIO 1.5mg/0.5 mL	\$ 9.612.820	\$ 14.458.985	\$ 11.305.337	\$ 35.377.142
INSULINA GLARGINA RECOMBINANTE SOLUCION INYECTABLE 100 UI/ML PEN PRELLENADO *3 ML	\$ 10.462.292	\$ 9.015.364	\$ 12.452.313	\$ 31.929.970
INSULINA GLARGINA PEN PRELLENADO SOLUCION INYECTABLE 300 UI/ML/1.5 ML	\$ 12.509.852	\$ 10.115.967	\$ 9.179.122	\$ 31.804.941





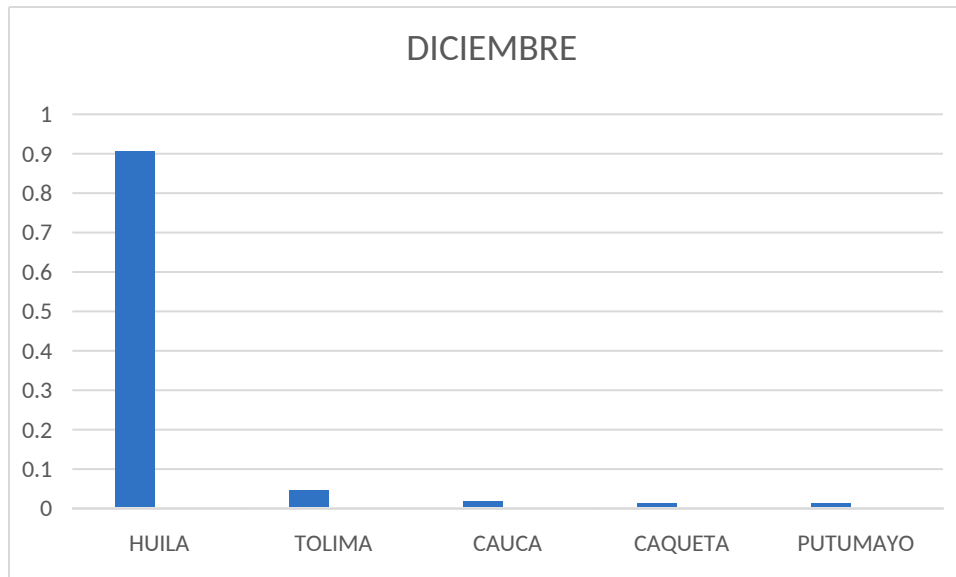
Sucursal Huila

1.2.1.15 Proporción de usuarios por Entidad



Fuente del Dato: Tablas Dinámicas de UCI

Análisis: Para el mes de diciembre 2025, se evidencia que el porcentaje de población atendida en la Unidad de Cuidados Intensivos Clínica Medilaser sede Abner, pertenece a la Nueva E.P.S. con una participación del 42% de la población atendida, seguida de la EPS Sanitas con un 39%, Famisanar 9 %, la previsoras 3%, fidecomiso 2%, Medpluss 2%, y el departamento del Huila, y adres 2%.



Fuente del Dato: Tablero de indicadores de UCI



Análisis: Durante el mes diciembre de 2025, el mayor número de atenciones en la unidad, fueron remitidos desde el departamento del HUILA, con un 91% del total de las atenciones, seguido del departamento del Tolima con un 5% de las remisiones y el departamento del cauca 2%, y los departamentos del Caquetá y Putumayo el 2%. Con esto podemos evidencia que se mantiene la tendencia de mayor porcentaje de ocupación son del departamento del Huila.

1.2.1.16 Proporción de Cumplimiento de Estancias y Egresos UCI

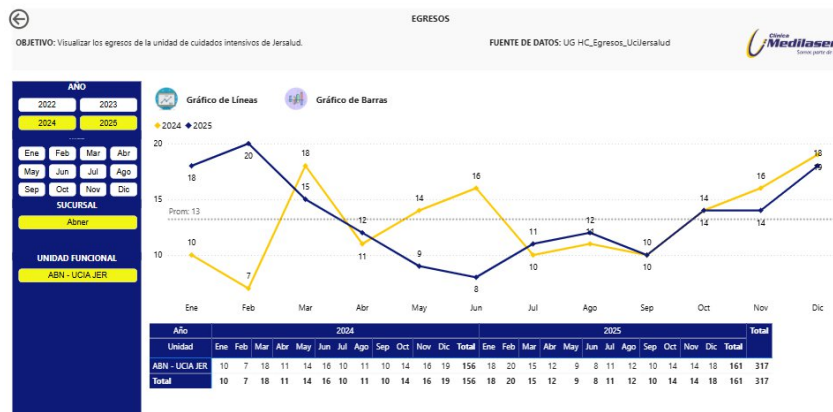
GRÁFICA 22. PORCION DE CUMPLIMIENTO DE ESTANCIAS Y EGRESOS UCI (%)

Pacientes con estancias en la unidad.



Fuente del Dato: PowerBI

Egresos de la unidad.



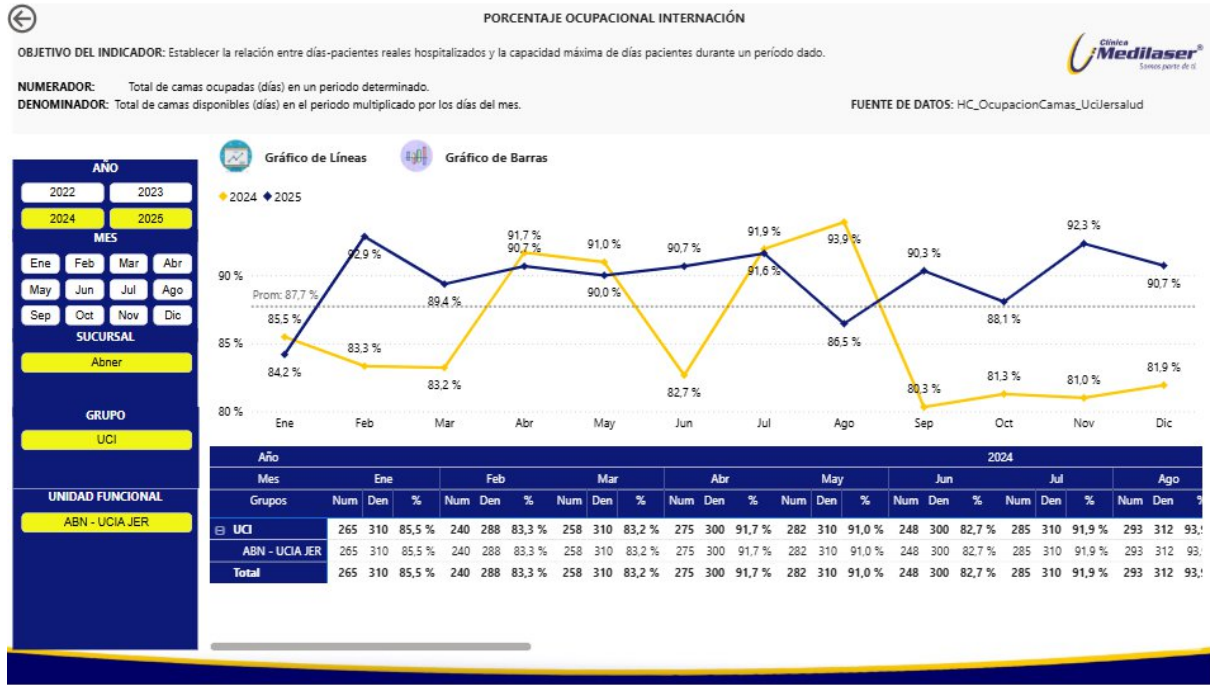
Fuente del Dato: PowerBI

Análisis: Durante el mes de diciembre del año 2025, evidenciamos que tuvimos 63 pacientes en estancias en la unidad de cuidados intensivos Clínica Medilaser sede Abner, y egresaron 18 pacientes de la Clínica Medilaser.



1.2.1.17 Porción de Ocupación DE UCI

GRÁFICA 23. PORCION DE OCUPACION DE UCI (%)

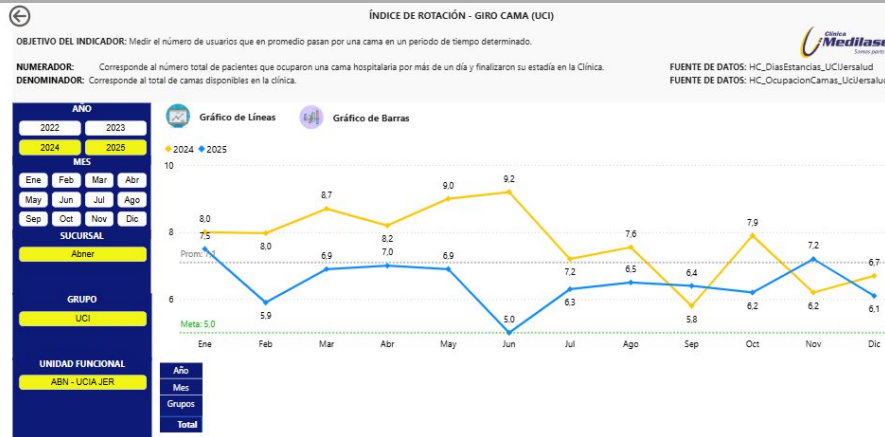


Fuente del Dato: power bi

Análisis: Durante el mes de diciembre 2025, se generó una ocupación del 90,7%. En este mes contamos una capacidad de 310 camas disponibles y su ocupación alcanzo a 281 dando como resultado un 90,7% de ocupación.

1.2.1.18 Proporción de Cumplimiento Giro de Cama UCI

GRÁFICA 24. PROPORCION DE CUMPLIMIENTO GIRO DE CAMA UCI (%)



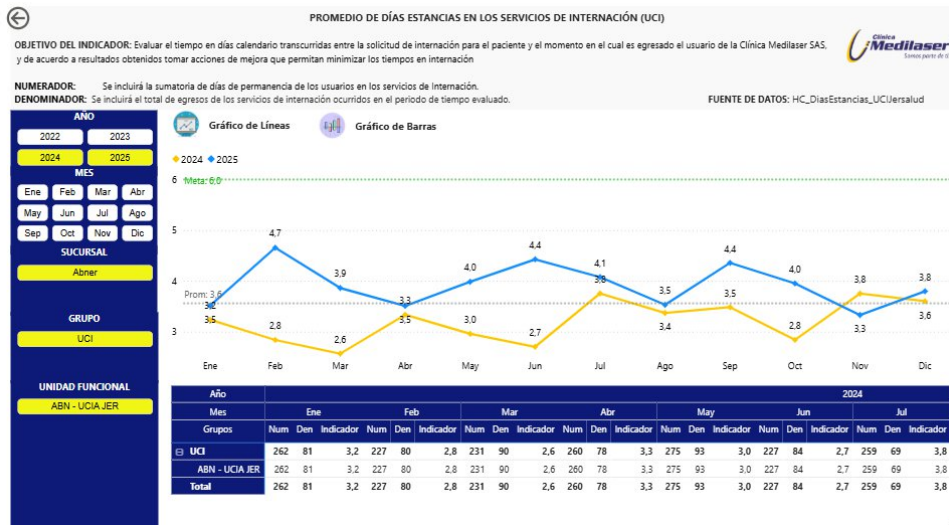
Fuente del Dato: power bi



Análisis: En diciembre la UCI, nos muestra que por cada cama pasaron 6,1 pacientes, mejorando en la internación de intensivos dentro de la unidad.

1.2.1.19 Promedio de Días de Estancia de UCI

GRÁFICA 25. PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA UCI (%)



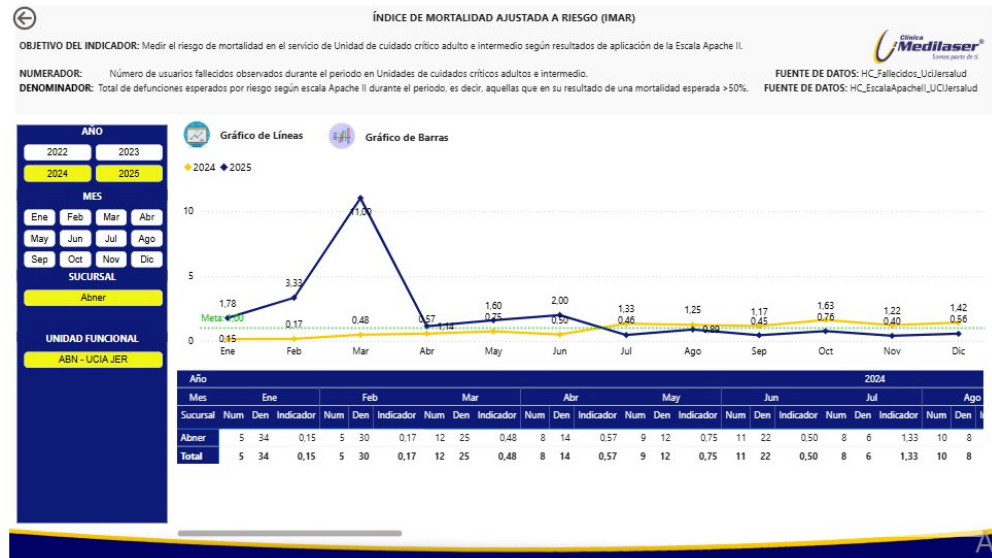
Fuente del Dato: power bi

Análisis: En el mes de diciembre de 2025, se indica un promedio de 3,8 días de estancia. Esto es atribuible al aumento del manejo de pacientes con estancias oncológicas.



1.2.1.20 Índice de Mortalidad Ajustada a Riesgo UCI

GRÁFICA 26. ÍNDICE DE MORTALIDAD AJUSTADA A RIESGO (IMAR) UCI (%)



Fuente del Dato: power bi

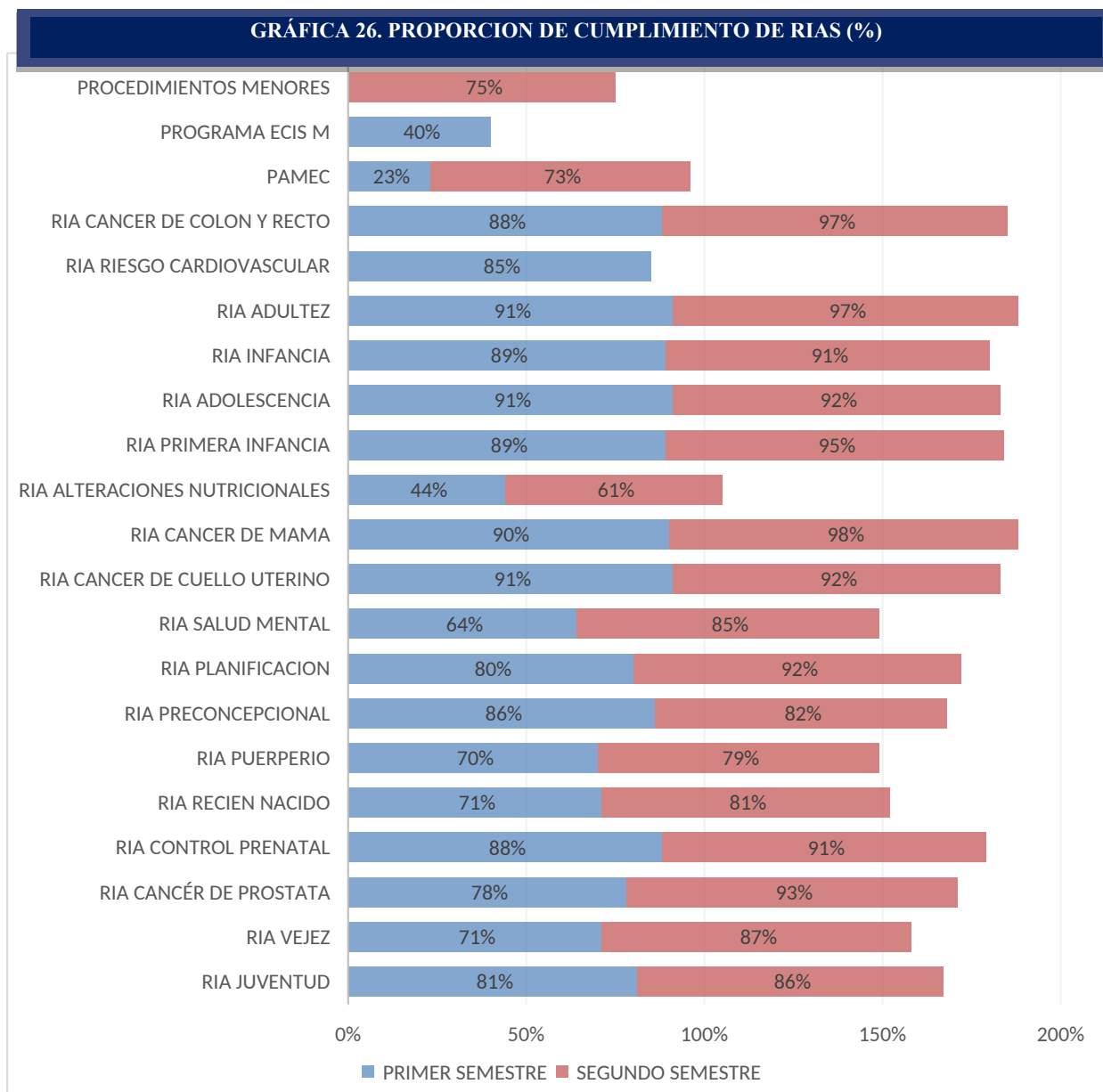
Análisis: Para el mes de diciembre el Índice de mortalidad ajustada IMAR fue del 0,56%, encontrándonos por debajo de la meta establecida y mediando el indicador frente a las mediciones anteriores. Con un número de 14 defunciones y de la cuales 25 observadas de pacientes con mortalidad esperada >50% según la escala apache.



1.3 Riesgo en Salud

Sucursal Casanare

1.3.1.1 Cumplimiento de Rutas Integrales de Atención en Salud o Programa de Riesgos



Fuente de datos: Resultado auditoria de RIAs o Programa de Riesgos

Análisis: En el año 2025 se realizaron un total de 40 auditorías, dentro de ellas se encuentran auditorías a rutas integrales de atención, PAMEC, programa ECIS M y procedimientos menores, teniendo en cuenta que las auditorías a RIAs se programaron una por semestre, auditando 19 RIAs rutas integrales de atención, se evidencia un cumplimiento de adherencia en el primer semestre por debajo del umbral del 95%, lo que generó planes de mejoramiento que se desarrollaron en conjunto con Direcciones médicas y



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

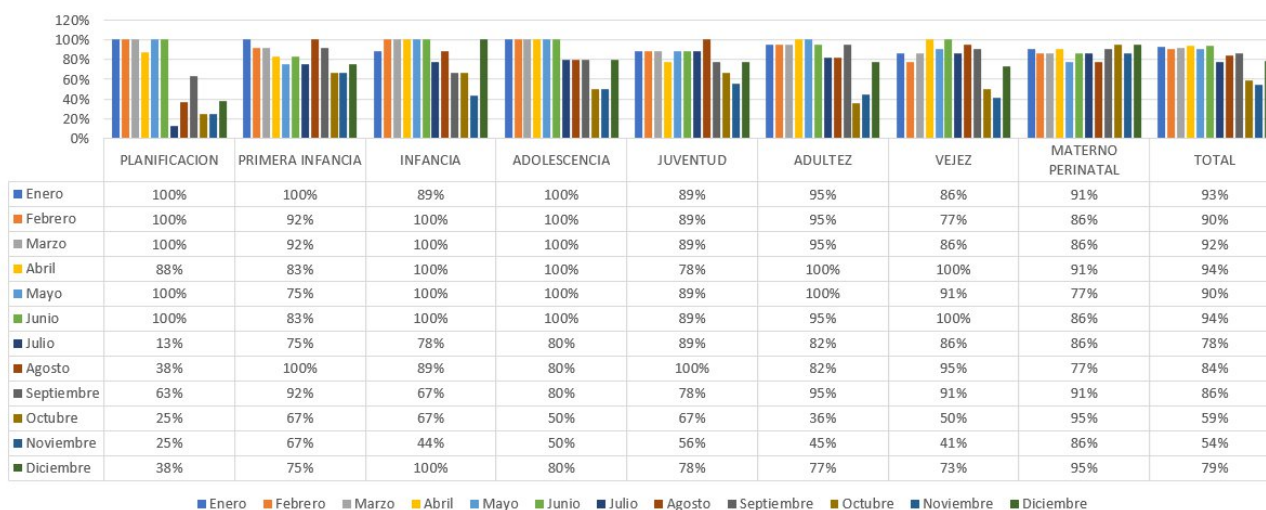
Lideres de sede, que permitieron fortalecer los conocimientos en las rutas integrales de atención, ajustar plantillas de apoyo para el registro de historia clínica y la retroalimentación a los profesionales de la salud de los hallazgos encontrados en las auditorías realizadas, quienes fueron adherentes a las observaciones realizadas lo que permitió que en el segundo semestre se obtuvieran porcentajes de cumplimiento mayor al 90%.

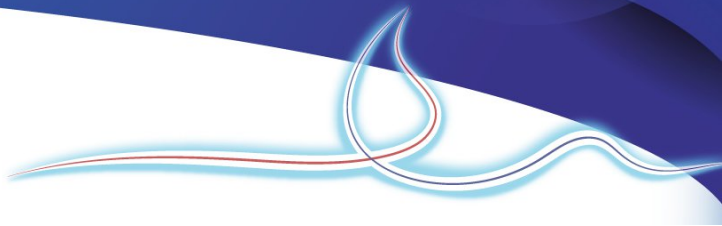
Es importante mencionar que se está realizando revisión de ítems de lista de verificación, se da operatividad a lo contemplado en Plan de capacitación, se da a conocer resultados de auditoría en Comité de historia clínica y archivo y se establecen planes de mejoramiento. Se indica la necesidad que todo lo referente a Rutas de atención esté incluido dentro de la inducción general al cargo.

1.3.1.2 Cumplimiento de actividades 3280 Promoción y Mantenimiento de salud Casanare

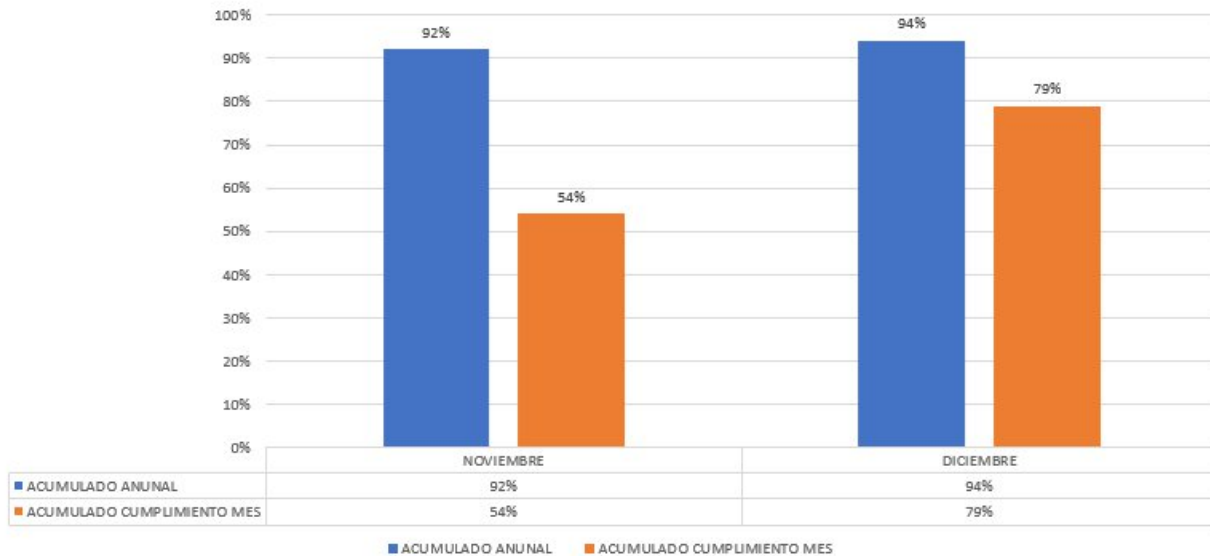
GRÁFICA 27. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE PYP (%)

Cumplimiento de actividades 3280 Promoción y Mantenimiento de salud Casanare





ACUMULADO ANUAL CASANARE

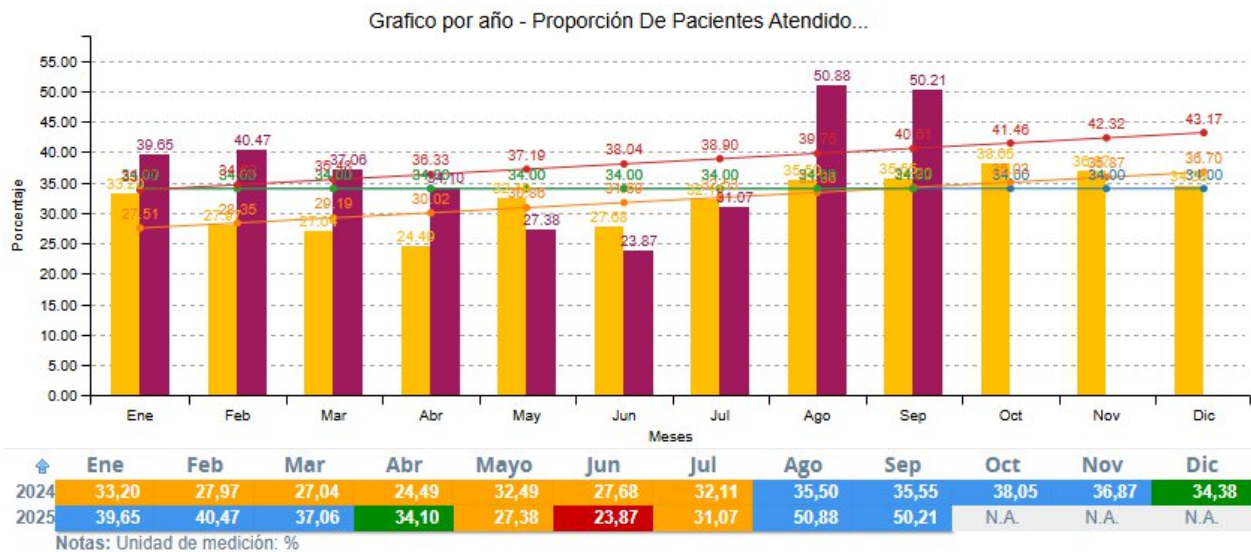


Análisis: Se puede evidenciar que, para el mes de diciembre del 2025, Jersalud Casanare obtuvo un cumplimiento del 79% meta mes. En actividades de planificación familiar se obtuvo un 38%, 75% en atenciones de primera infancia, se obtuvo un 100% para el grupo de infancia, adolescencia con un 80%, juventud obtuvo un 78%, para el grupo de adultez un 77%, para vejez un 73%, materno perinatal obtuvo un 95%. Se observa que el indicador con más bajo cumplimiento es el indicador de planificación familiar con un 38%. Este indicador se ha visto afectado con las últimas estimaciones, ya que se dejó meta mes igual para primera vez y control en mujeres, una meta alta teniendo en cuenta la población en edad fértil. Como estrategia se continúa realizando demanda inducida y desde las consultas de medicina general y enfermería donde se identifica la necesidad de consulta con el fin de captar los pacientes para de esta manera cumplir con las metas propuestas por los indicadores.

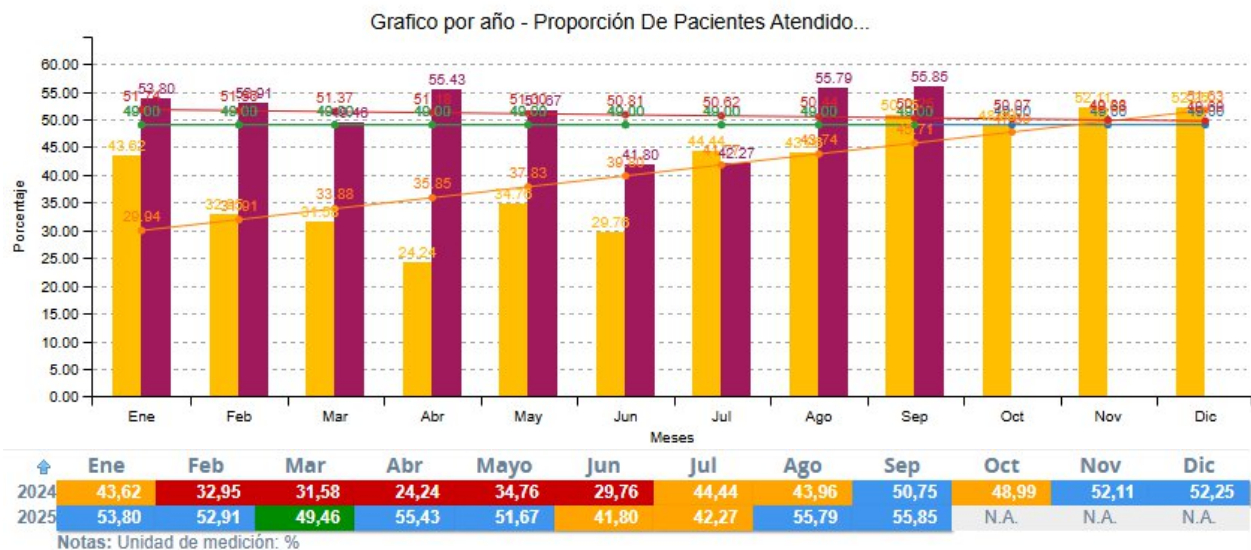


1.3.1.3 Programa de Síndrome Metabólico

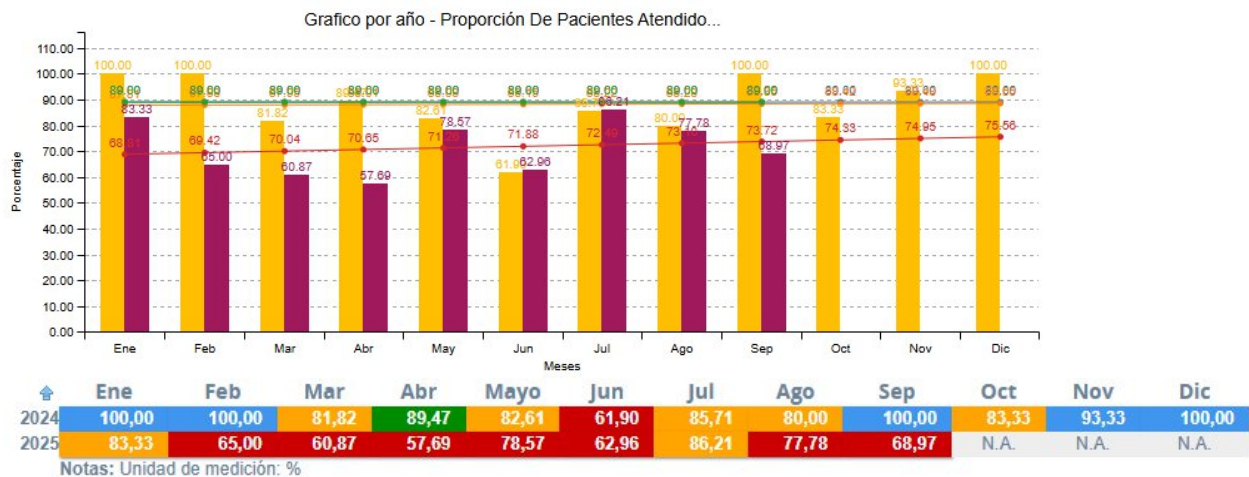
Proporción de pacientes en gestión del riesgo I-Jersalud Casanare



Proporción de pacientes en gestión del riesgo II-Jersalud Casanare



Proporción de pacientes en gestión del riesgo III-Jersalud Casanare



Fuente del Dato: Tablero de Síndrome Metabólico

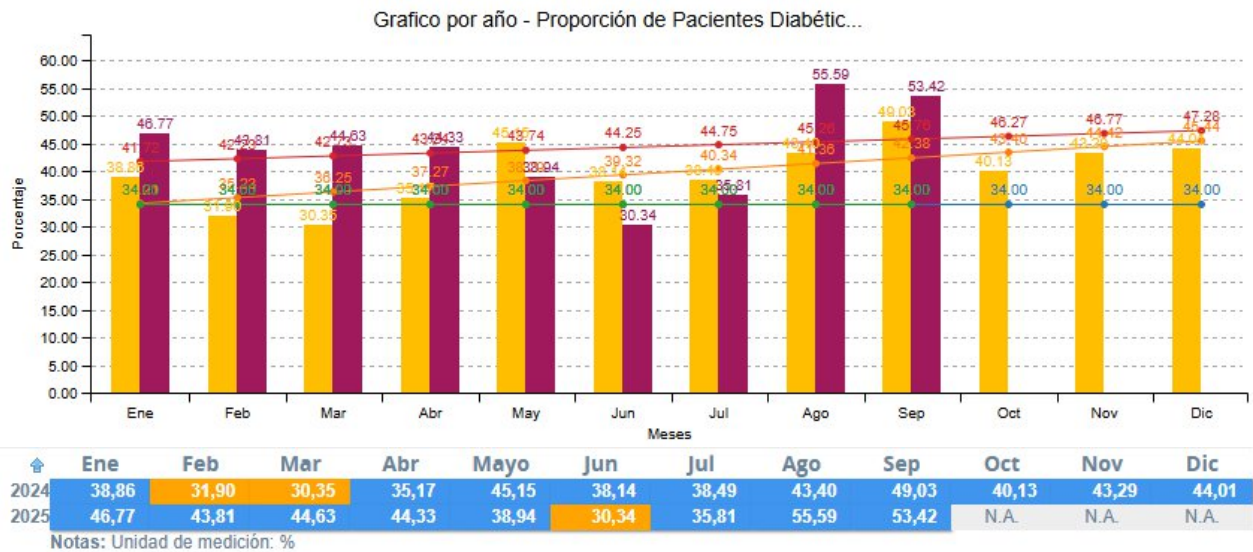
Análisis En el mes de septiembre para Jersalud Casanare, en el programa de Síndrome metabólico que incluye las patologías; Diabetes Mellitus, Dislipidemia, hipertensión Arterial y obesidad, se cuenta con una población de 1.400 usuarios en seguimiento. Se continúan con acciones de captación a través de: consulta de morbilidad, demanda inducida a usuarios con laboratorios alterados y visitas por parte del equipo ECIS-M.

La proporción de gestión del riesgo para el mes vigente se encuentran distribuidos de la siguiente manera: riesgo 1: 1183 usuarios correspondiente al 85,2%, riesgo 2: 188 usuarios equivalentes al 12,9%, y en riesgo 3 con 29 usuarios correspondiente al 1,83%.

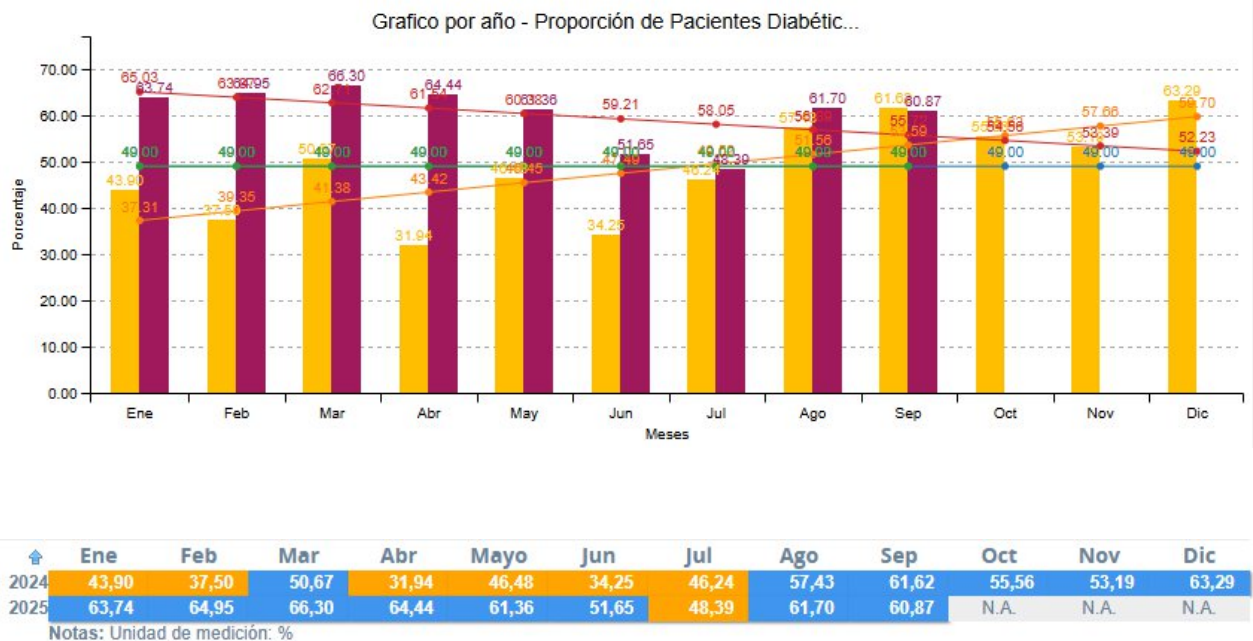


1.3.1.4 Programa PIA

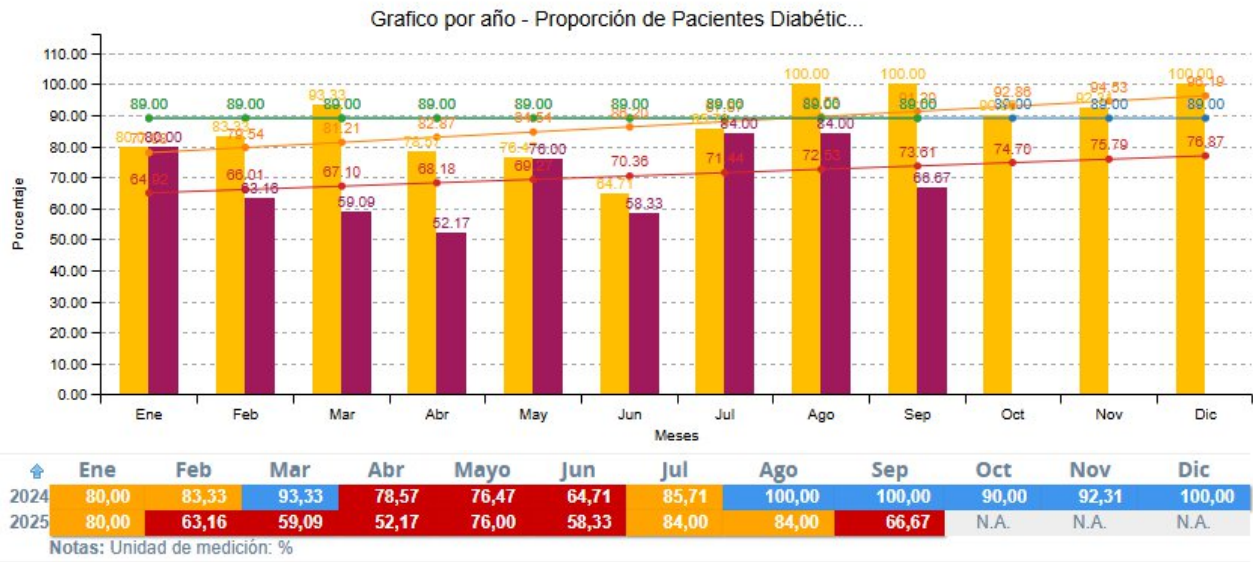
Proporción de Pacientes Diabéticos en riesgo I Atendidos en el Programa de Síndrome-Jersalud Casanare.



Proporción de Pacientes Diabéticos en riesgo II Atendidos en el Programa de Síndrome-Jersalud Casanare.



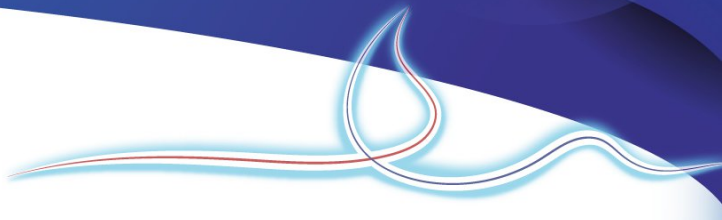
Proporción de Pacientes Diabéticos en riesgo III Atendidos en el Programa de Síndrome-Jersalud Casanare.



Fuente del Dato: Tablero de Síndrome Metabólico

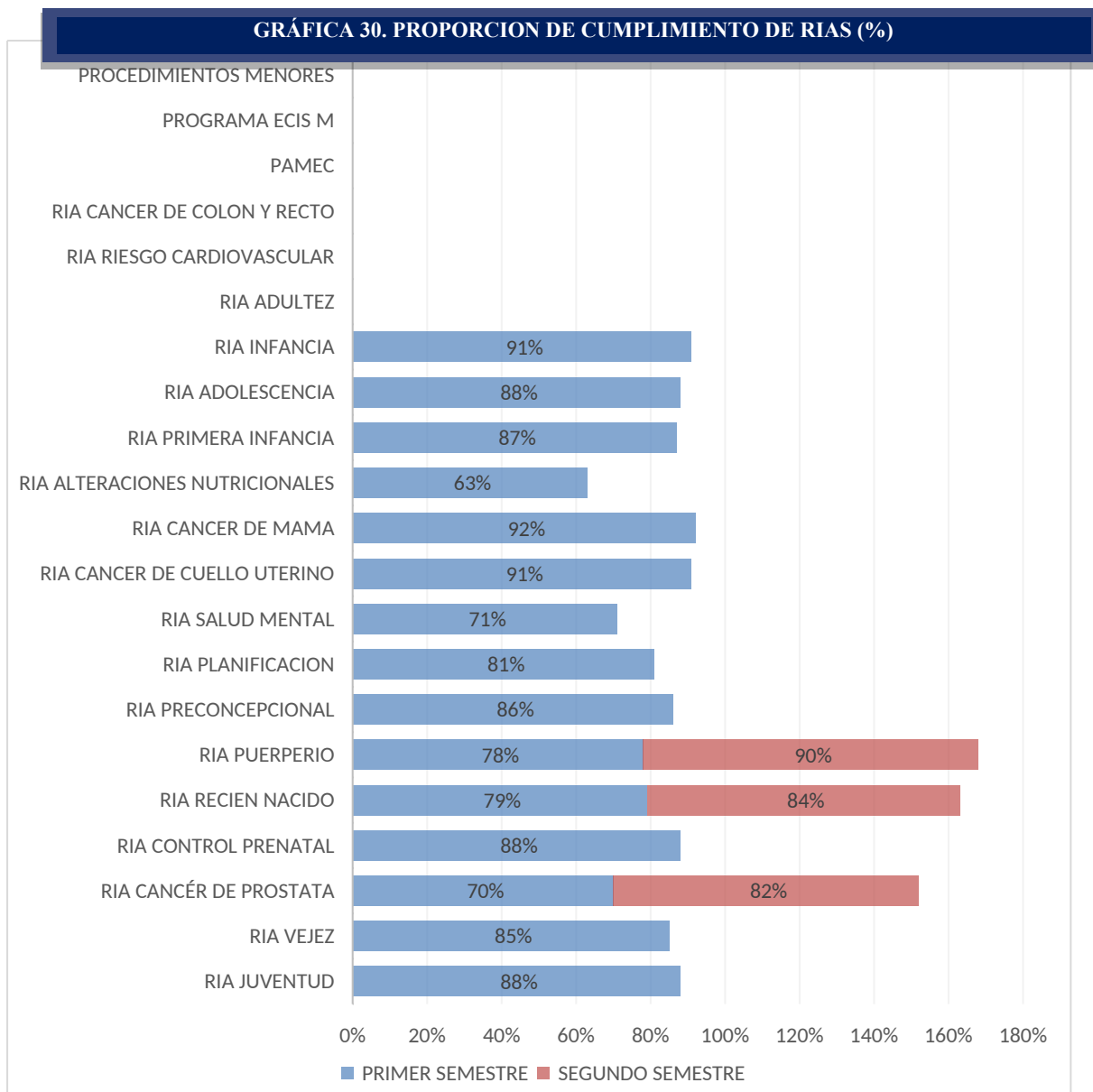
Análisis En Jersalud Casanare para el mes de septiembre en el programa PIA de Diabetes Mellitus, para riesgo 1 se evidencia un cumplimiento del 53%, sobre la meta de (35%). En riesgo 2 cumplimiento del 60%, sobre una meta de (50%), finalmente para riesgo 3 se obtuvo un alcance del 66% teniendo en cuenta la meta que es del (90%). De acuerdo con lo anterior, se continua con jornada PIA y seguimiento quincenal con los líderes del programa de las diferentes sedes de Casanare, para revisión de metas y plantear estrategias de cumplimiento de cobertura. En acciones de mejora se envía base de seguimiento a usuarios que no han asistido a control más de tres meses para la respectiva gestión en cada sede, y base de usuarios sin examen de hemoglobina glicosilada.





Sucursal Meta

1.3.1.5 Cumplimiento de Rutas Integrales de Atención en Salud o Programa de Riesgos



Fuente de datos: Resultado auditoria de RIAs

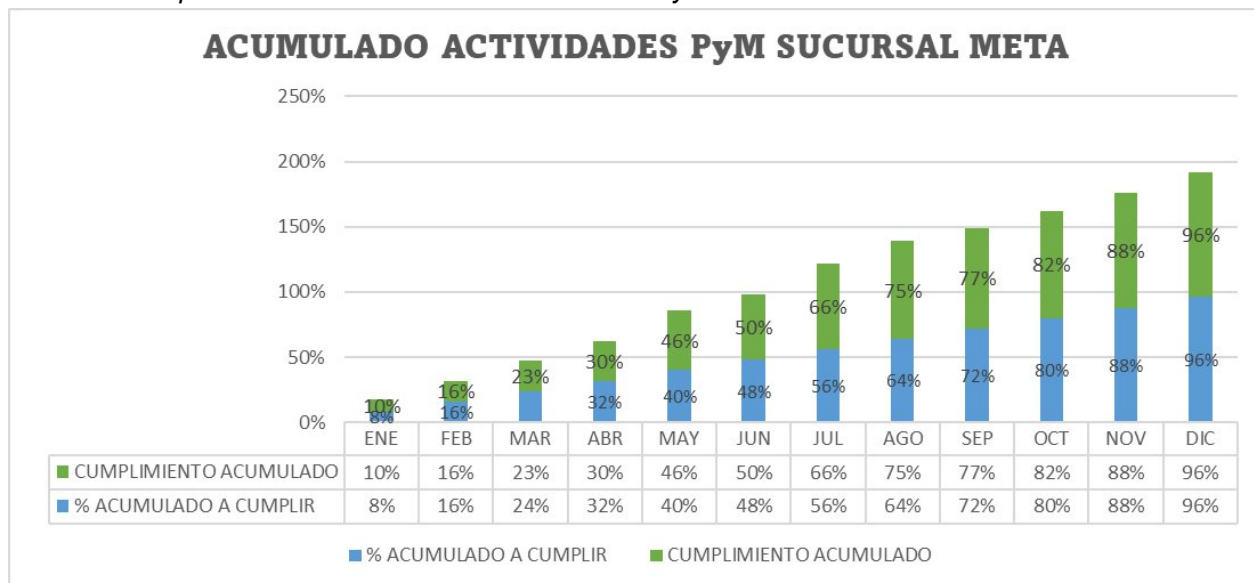
Análisis: En el año 2025 se realizaron un total de 40 auditorías, dentro de ellas se encuentran auditorías a rutas integrales de atención, PAMEC, programa ECIS M y procedimientos menores, teniendo en cuenta que las auditorías a RIAs se programaron una por semestre, auditando 19 RIAs rutas integrales de atención, se evidencia un cumplimiento de adherencia en el primer semestre por debajo del umbral del 95%, lo que generó planes de mejoramiento que se desarrollaron en conjunto con Direcciones médicas y Líderes de sede, que permitieron fortalecer los conocimientos en las rutas integrales de atención, ajustar plantillas de apoyo para el registro de historia clínica y la retroalimentación a los profesionales de la salud de los hallazgos encontrados en las auditorías realizadas, quienes fueron adherentes a las observaciones



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

realizadas lo que permitió que en el segundo semestre se obtuvieran porcentajes de cumplimiento mayor al 90%.

1.3.1.6 Cumplimiento de actividades 3280 Promoción y Mantenimiento de salud



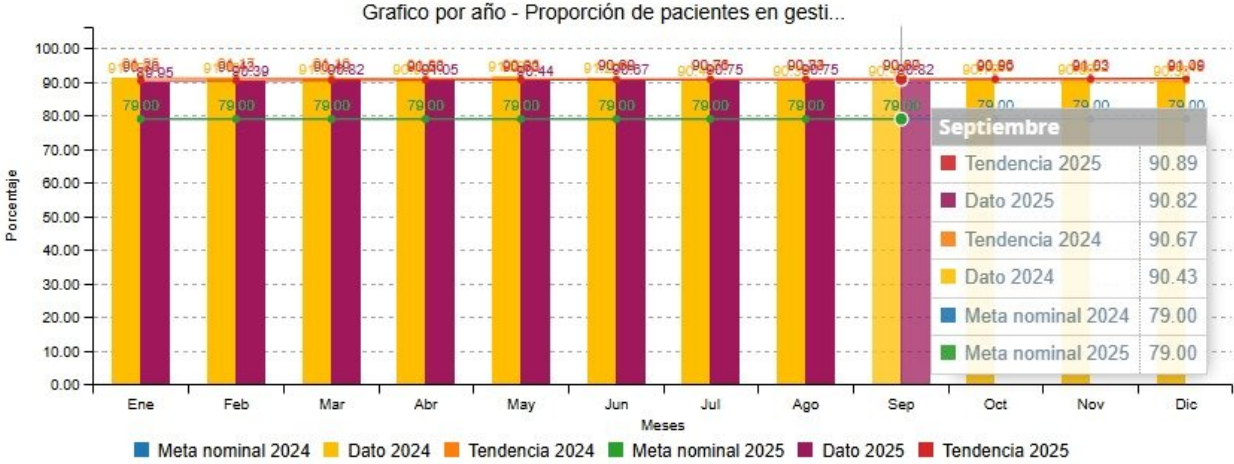
Fuente del Dato: Tablero Estimaciones actividades PYM

Análisis: Las actividades de Promoción y mantenimiento de la Salud cuenta con un cumplimiento de Meta acumulado del 96% para el mes de diciembre, sin embargo, se aclara que los soportes y envío de tableros se realizan los primeros 15 días del mes siguiente y posteriormente entran en revisión por parte de Fomag y validación conjunta entre las partes para definir el cumplimiento de los indicadores. Proceso que actualmente se encuentra en revisión por lo que la proyección final podría variar.

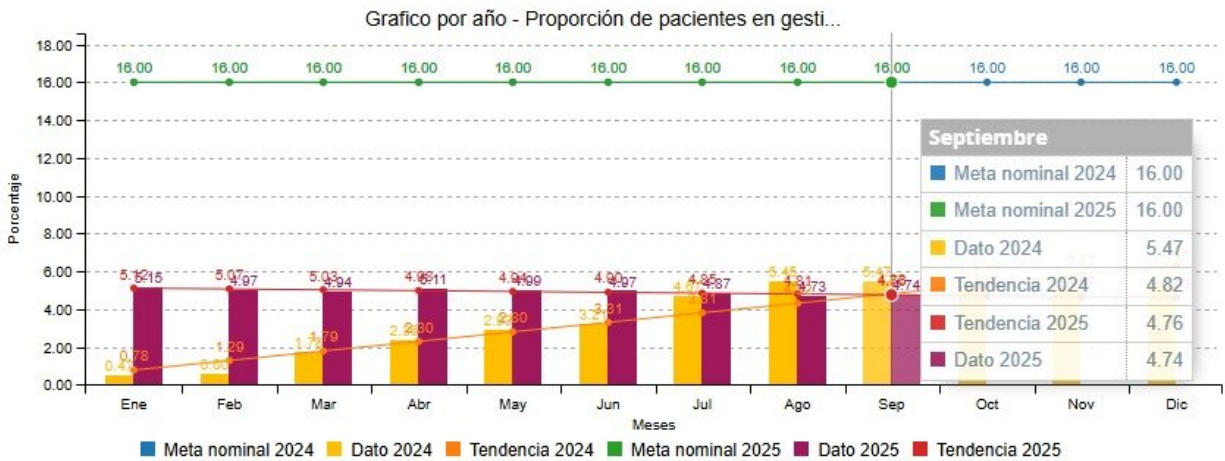


GRÁFICA 32. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE SÍNDROME METABÓLICO (%)

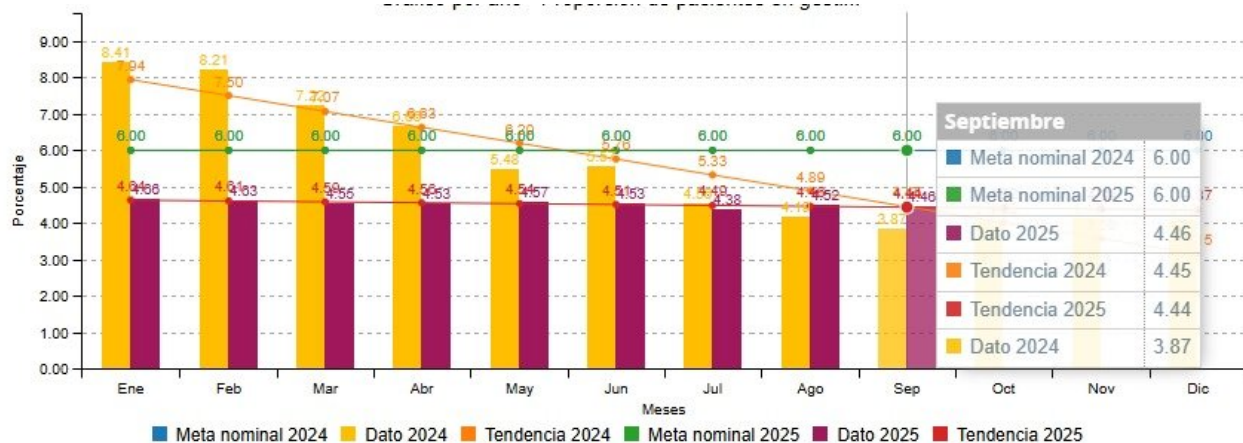
Proporción de pacientes en gestión del riesgo I-Jersalud Meta



Proporción de pacientes en gestión del riesgo II-Jersalud Meta



Proporción de pacientes en gestión del riesgo III-Jersalud Meta



Fuente del Dato: Tablero de Síndrome Metabólico

Análisis: La Ruta de RCV (programa de síndrome metabólico) agrupa las patologías de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia y Obesidad; para la sucursal Meta en septiembre se cuenta con 4.214 en la cohorte, 3827 usuarios que corresponden al 90.81% de los usuarios en riesgo I (Meta: 90%), 199 usuarios que corresponde al 4.7% en riesgo II (Meta: 16%) y 188 corresponde al 4.46% de los usuarios en riesgo III (meta; 6%). Se observa que en las 3 clases de riesgo se cumple con la meta establecida.

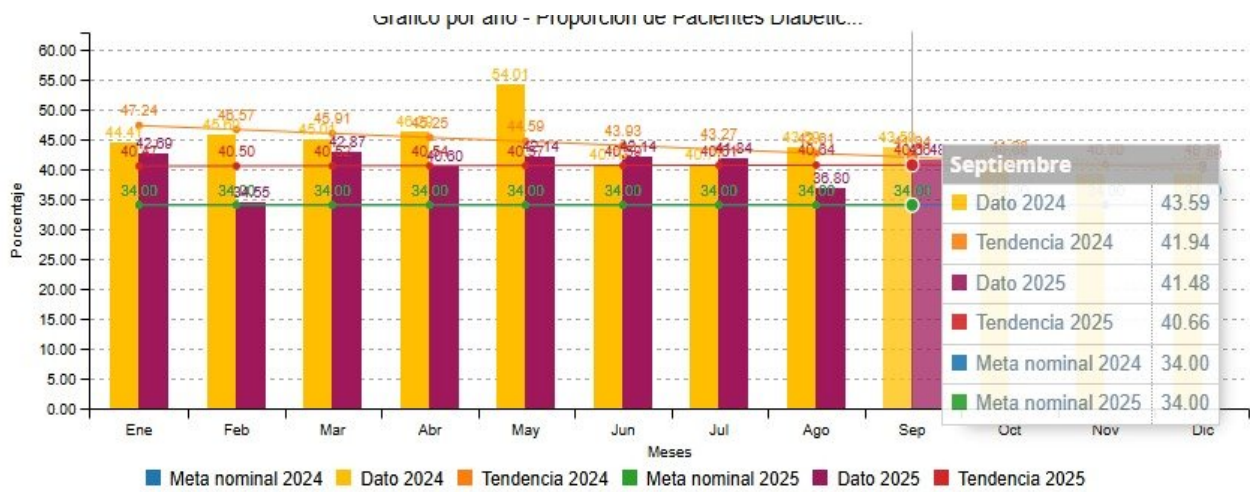
En el programa de Síndrome Metabólico en septiembre se hizo seguimiento y demanda inducida efectiva a un total de 1767 pacientes (42%). Según el riesgo, el porcentaje de seguimiento fue así; riesgo I a 1506 pacientes (39,3%) (meta 30%), riesgo II 108 pacientes que equivalen a 54,2% (meta 50%) y riesgo III 153 pacientes que equivale al 81,3% (meta 100%). Con una Ruta de Atención conformada por los Profesionales Enfermera jefe (líder del Programa) Médico Familiar, Médico general del Programa, Médico internista, y los profesionales de Apoyo a la Ruta Trabajo Social, Psicología, Nutrición, según frecuencia de uso según protocolo de síndrome Metabólico.



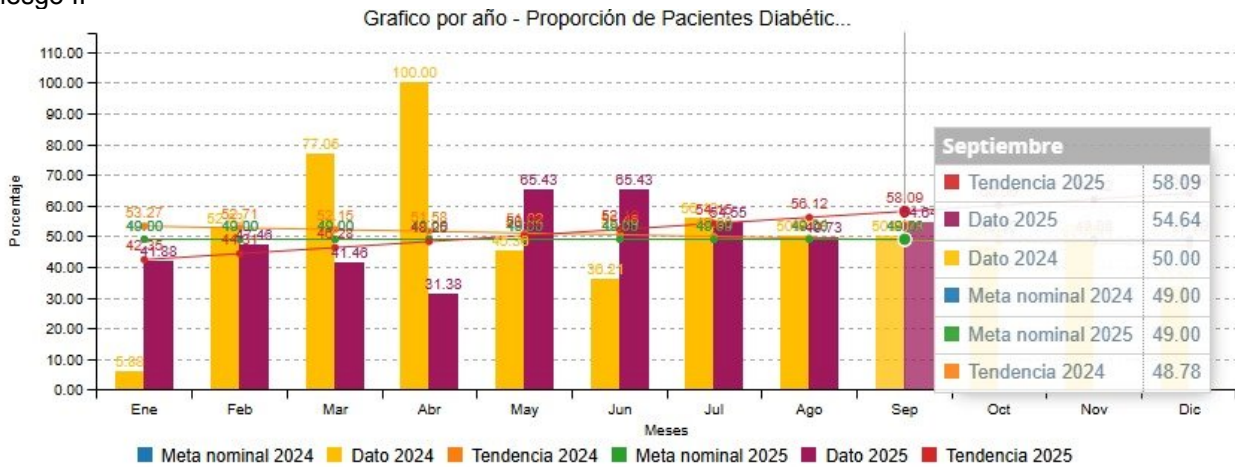
1.3.1.8 Programa PIA (suspendido con la nueva contratación)

PROPORCION DE PACIENTES DIABETICOS CON SEGUIMIENTO SEGUN RIESGO

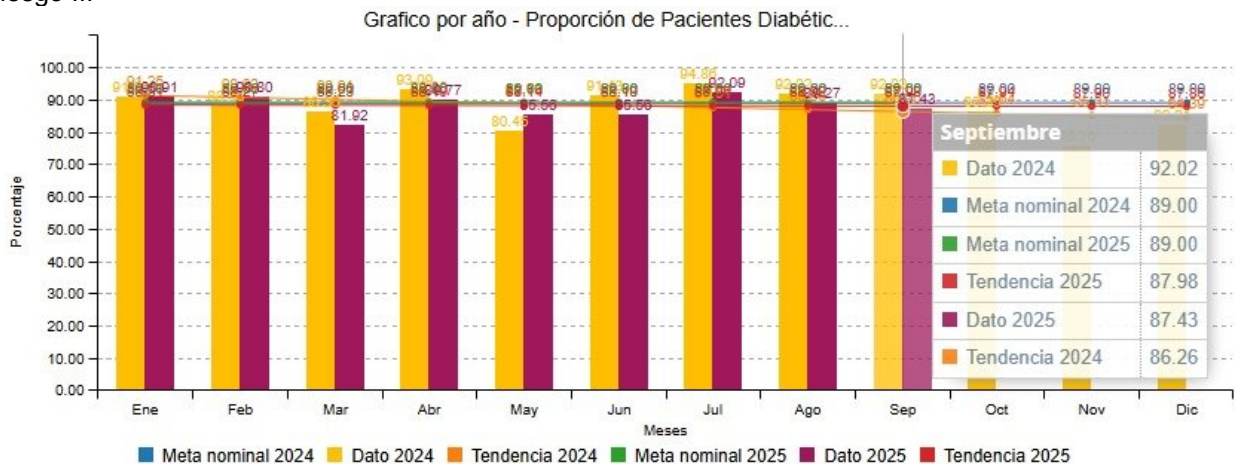
Riesgo I



Riesgo II



Riesgo III

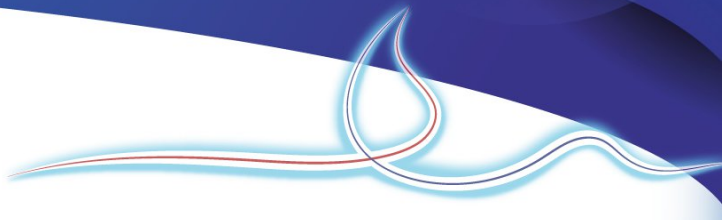


Fuente del Dato: Tablero de Síndrome Metabólico

Análisis: Jersalud cuenta con la Estrategia PIA la cual tiene como Objetivo seguimiento control y adherencia al Programa de RCV de los usuarios con el Dx de Diabetes Mellitus, para el mes de septiembre en riesgo I (1379) pacientes con meta del 35% mensual se realizó el 41,47% de cobertura (572), riesgo II (183) pacientes con meta del 49% se realizó cobertura del 54,6% (100), y riesgo III de (175) pacientes con una meta del 90% realizó cobertura del 87,4% (153).

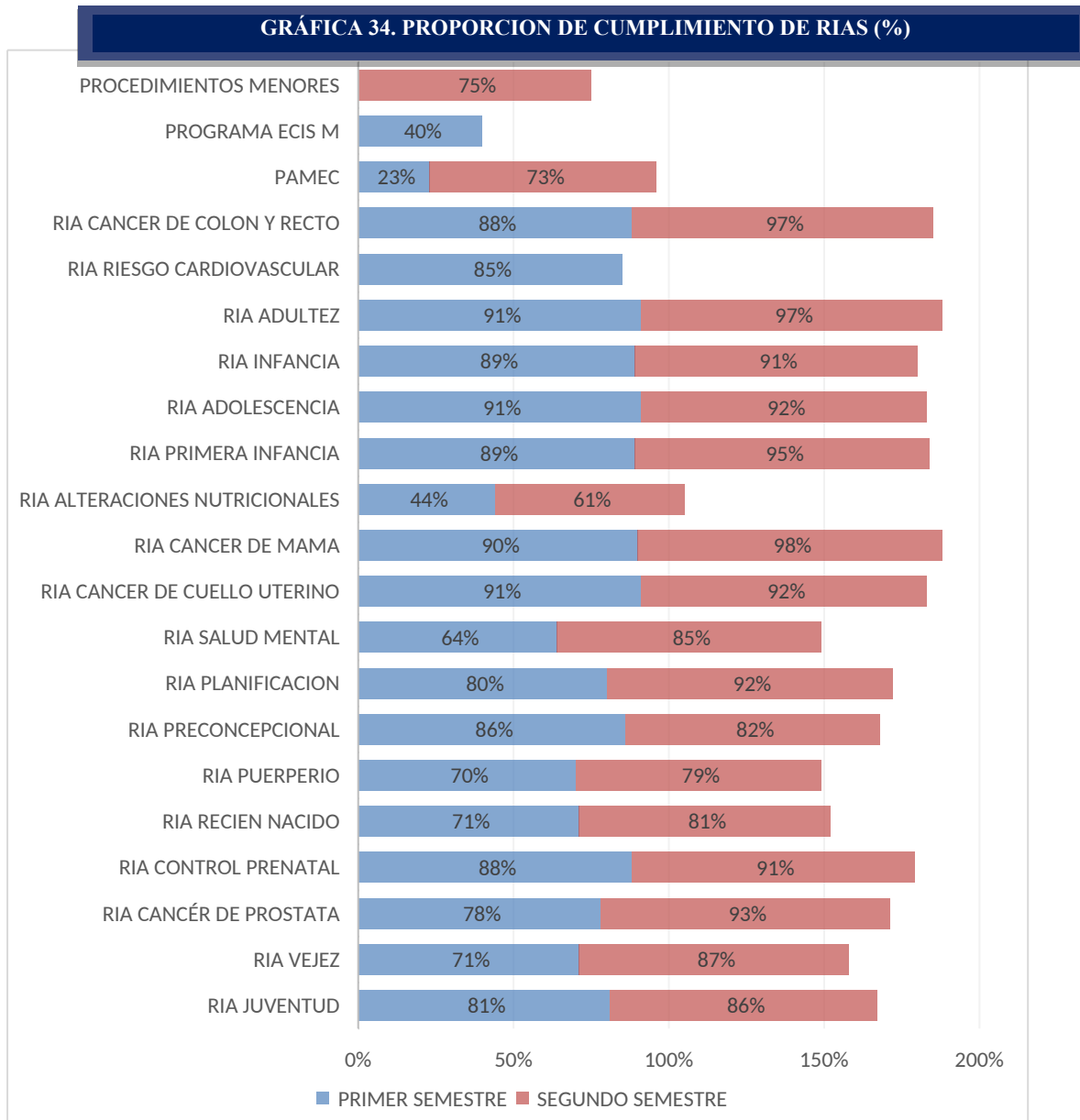
Se resalta el trabajo en equipo del Programa PIA Móvil, jefe Líder del Programa, enfermera Líderes de las Sedes. Durante este año, se propone realizar cada 3 meses jornada PIA en cada municipio.





Sucursal Boyacá

1.3.1.9 Cumplimiento de Rutas Integrales de Atención en Salud o Programa de Riesgos



Fuente de datos: Resultado auditoria de RIAS

Análisis: En el mes de diciembre del 2025 se ejecutaron un total de 2 auditorías a las diferentes rutas integrales de atención, evidenciando un cumplimiento del 96% en la ruta de detección temprana de cáncer de cuello uterino con falencias en el seguimiento a pacientes para la entrega de resultados y agendamiento de consulta para lectura de los mismo, adicional a ello no se relaciona correctamente el esquema correspondiente a la edad de la usuaria y no se cumple con el tiempo establecido inferior a 15 días desde

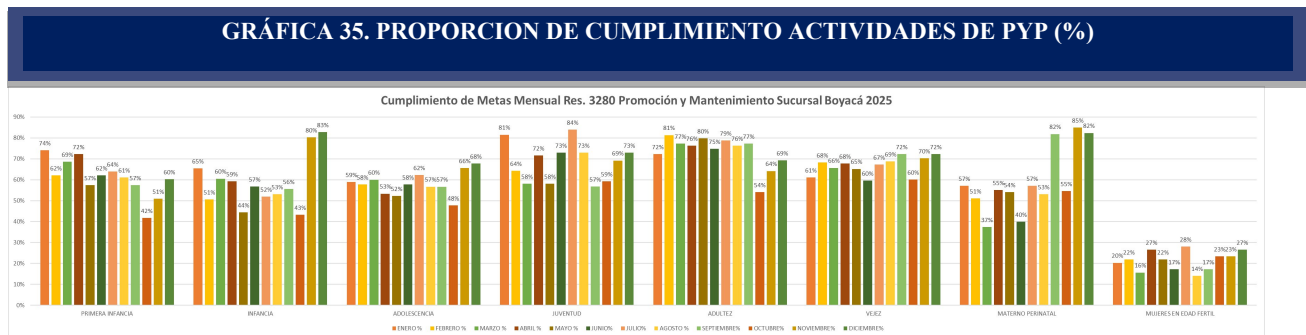


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

ruta establecida, sin embargo, se debe fortalecer el seguimiento a las usuarias con ordenamiento del tamizaje.

Es importante mencionar que se está realizando revisión de ítems de lista de verificación, se da operatividad a lo contemplado en Plan de capacitación, se da a conocer resultados de auditoría en Comité de historia clínica y archivo y se establecen planes de mejoramiento. Se indica la necesidad que todo lo referente a Rutas de atención esté incluido dentro de la inducción general al cargo.

1.3.1.10 Cumplimiento de actividades 3280 Promoción y Mantenimiento de salud.



Fuente del Dato: Actividades 3280 PyM /Tablero metas PM y Rips

Análisis: Durante el mes de diciembre, se registró el rendimiento más bajo de todo el año, evidenciando una caída generalizada en todos los cursos de vida. Este descenso fue particularmente crítico en los cursos de Primera Infancia, Adolescencia y Juventud, donde el impacto negativo en las áreas de enfermería y odontología impidió alcanzar las metas proyectadas. Los resultados sugieren que los cambios operativos implementados en octubre afectaron directamente la ejecución de las actividades enmarcadas en la Resolución 3280 de 2018. Asimismo, la alta demanda de servicios para actividades fuera de ruta limitó la capacidad de respuesta, imposibilitando una mejora en el puntaje final del mes.

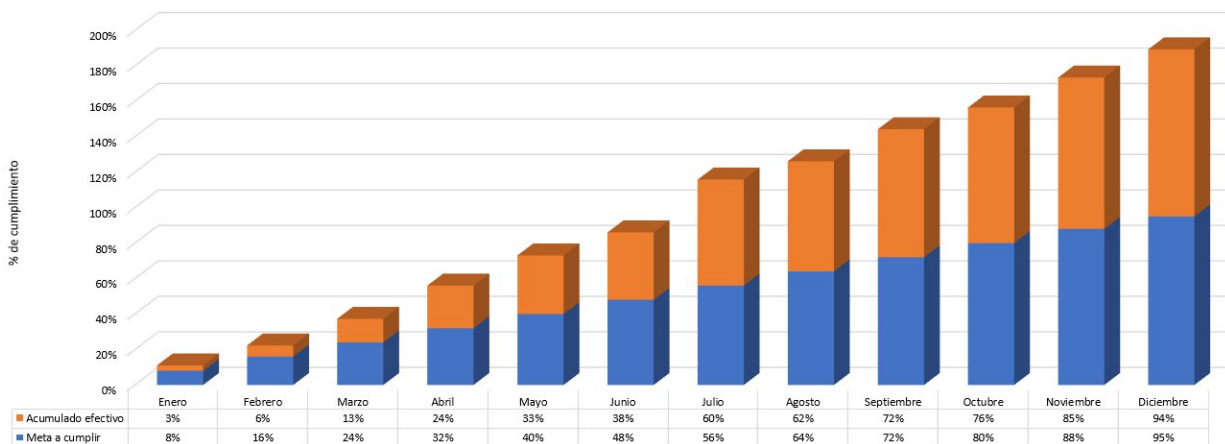
Se han sostenido reuniones con el FOMAG para manifestar la inquietud respecto a la viabilidad de las metas con proyecciones elevadas o la exigencia de coberturas del 100%. Gestión del Riesgo de **FOMAG ha mostrado una respuesta favorable**, lo que ha permitido la realización de ajustes iniciales. Se ha programado una **próxima revisión para el mes de diciembre** para finalizar la adecuación de las rutas de atención y optimizar el nivel de cumplimiento.

Esta preocupación se fundamenta en que los protocolos de atención y guías de práctica clínica vigentes impiden la captación del 100% de la población objetivo para ciertas rutas. Como ejemplos específicos, se citan la aplicación de la prueba de Hepatitis C, indicada solo una vez en la vida en mayores de 50 años, y el tamizaje de VPH, el cual se realiza con una periodicidad de cinco años en mujeres mayores de 30 años.





Proyección del Porcentaje acumulado mes en Metas Res. 3280 Promoción y Mantenimiento Sucursal Boyacá 2025



Fuente del Dato: Actividades 3280 PyM /Tablero metas PM y Rips

El cumplimiento general de metas para el mes de octubre se registró en un 80% (sin ajustes), lo que representa una ubicación de 8 puntos porcentuales por debajo de la proyección establecida del 88% el cual resulta del análisis de las metas cuyo avance es superior al 90% (822 de 1026).

Durante el mes de noviembre, se evidenció nuevamente una disminución en la cantidad de consultas, lo que impactó directamente en el cumplimiento general de los indicadores. Odontología bajó de 3557 a 2314 actividades de 3280, y 207 metas dependen de esta área.

En respuesta a esta dinámica, se realizaron reuniones específicas con líderes de sede acordando rescatar las últimas metas posibles para aumentar el cumplimiento, se ha realizado demanda inducida exhaustiva para canalización de actividades y se apoyó en llenar la agenda de todas las sedes.

Actualmente queda un total de 134 metas clasificadas en el estado Regular, las cuales son susceptibles de ser ejecutadas y completadas durante el mes de diciembre.

A la fecha, se reporta un avance acumulado del 80% frente a una meta proyectada del 88%. Si bien se mantiene una tendencia positiva, el cierre de noviembre refleja el impacto de diversas variables operativas y administrativas que han condicionado el ritmo de ejecución.

Factores que afectaron el cumplimiento:

- Cierre de sede Soatá: No hubo actividades por arreglos en la infraestructura, lo que bajó el promedio general.
- Recorte de personal: La reducción de profesionales desde octubre interrumpió la continuidad de las consultas de ruta.
- Baja productividad: Se registró un descenso en Odontología y Enfermería. En medicina, falta mejorar la aplicación de tamizajes (mama y recto) y la consulta preconcepcional. No hubo ninguna sede en la que los médicos aumentaran el DX Z123, Z125 o Z316 para estas metas, a pesar de las indicaciones de los líderes.
- Actividades con fallas en la facturación: Se está trabajando en la regularización de las metas que se facturaban mal, las cuales algunas, al no formar parte de la cápita o a la no facturación, no se reflejó totalmente en el periodo actual.
- Conciliación de Denominadores: Se han solicitado ajustes a FOMAG para 66 metas específicas. Es imperativo que la sede Soatá sea evaluada proporcionalmente y no bajo un denominador de 12 meses, dado el cierre de la sede durante el mes de noviembre por fuerza mayor.



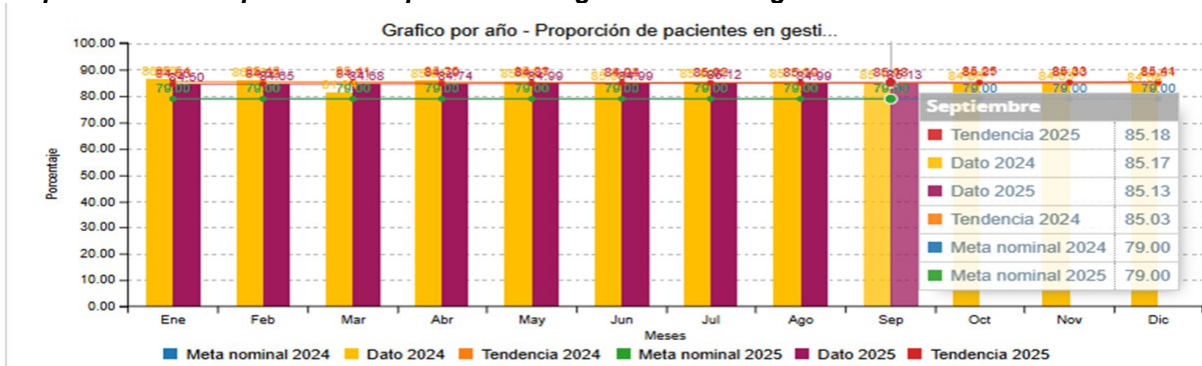
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

• Colocación de DIU: Se dio la indicación de colocar 1 DIU en cada sede, sin embargo, hay sedes que aún aparecen en 0 para el año.

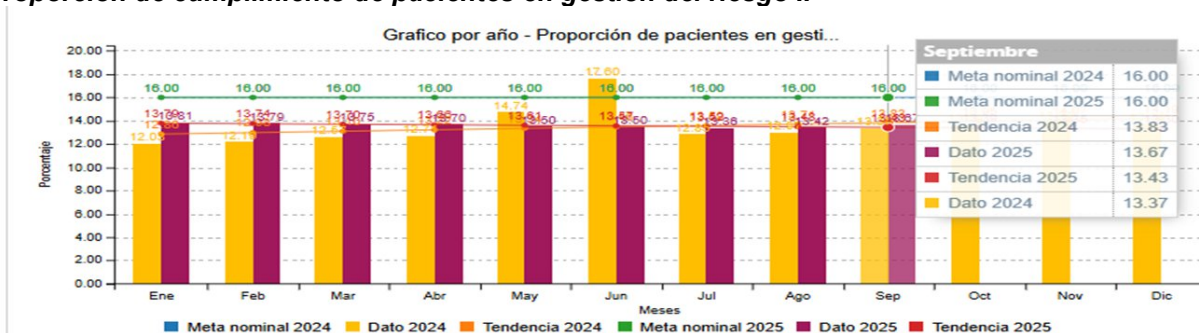
1.3.1.11 Programa de Síndrome Metabólico

GRÁFICA 36. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE SÍNDROME METABÓLICO (%)

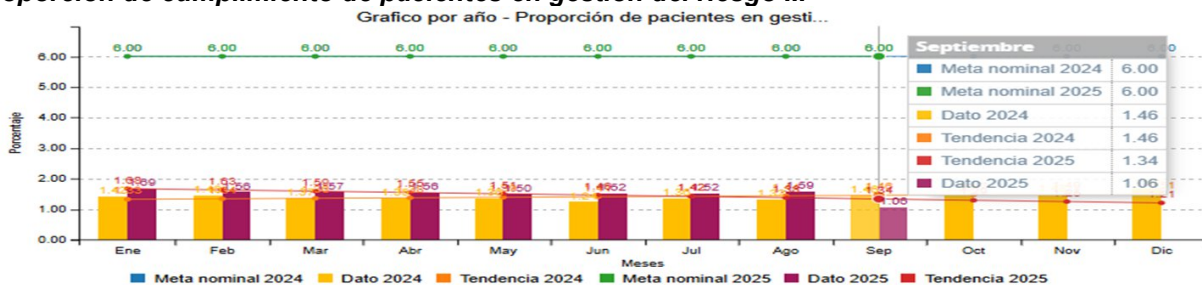
Proporción de cumplimiento de pacientes en gestión del riesgo I



Proporción de cumplimiento de pacientes en gestión del riesgo II



Proporción de cumplimiento de pacientes en gestión del riesgo III



Fuente del Dato: Share Point/Indicadores/Tablero de Síndrome Metabólico

Análisis: para noviembre del año 2025 en programa de síndrome metabólico con patologías como Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia y Obesidad; se encuentran total de 7267pacientes de los cuales 6186 corresponde a la proporción del 85,1% en riesgo 1, la proporción de pacientes en gestión del riesgo 2 es del 13,7%, con un total de 992 usuarios, la proporción de pacientes en gestión riesgo 3 para es del 1,2%, con 89 usuarios.



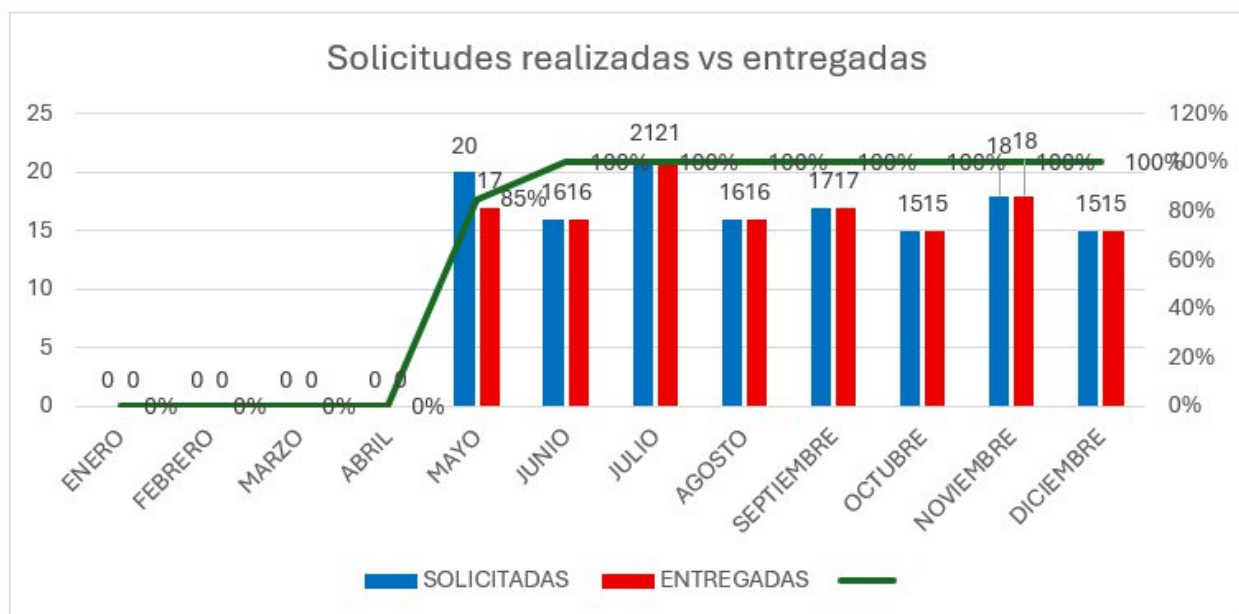


Fuente del Dato: Share Point/Indicadores /Tablero de Síndrome Metabólico

Análisis: A partir de octubre no se continuaron las jornadas PIA debido al cambio de contratación.



2 GESTION DE MERCADEO
2.1 SOLICITUDES REALIZADAS

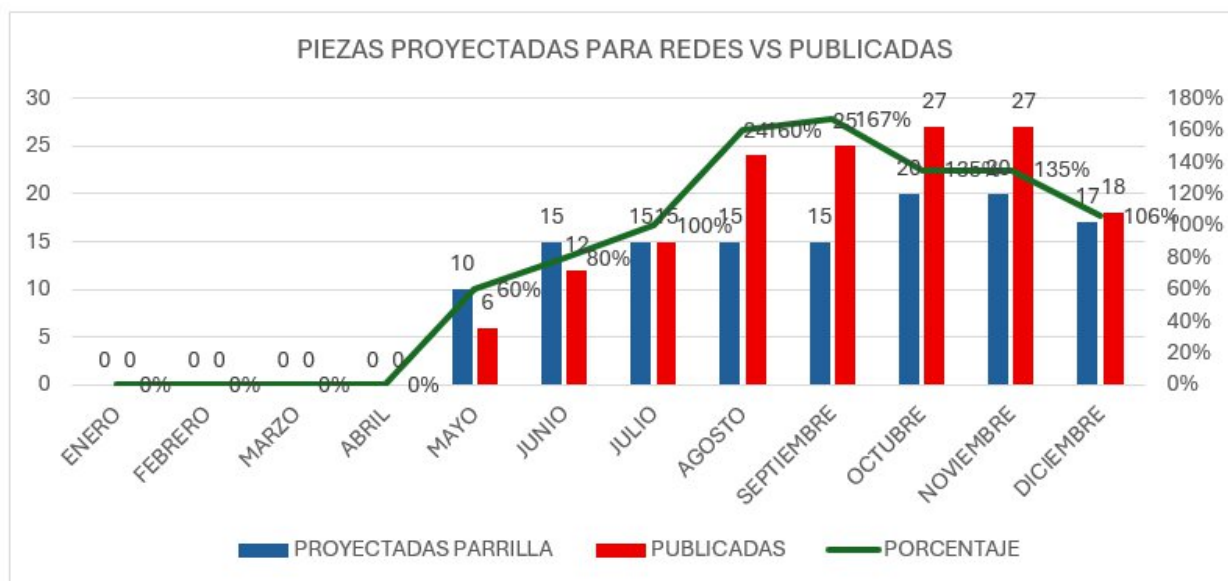


Fuente: Monday.com

Análisis: En diciembre se gestionaron 15 solicitudes asociadas a diversas necesidades, que incluyeron desde el desarrollo de piezas gráficas internas hasta la generación de información general para los usuarios. Estas solicitudes se recibieron a través del brief y correos electrónicos. El total de las piezas fue entregado para validación, logrando un 100 % de cumplimiento y, tras su aprobación, se procedió a su publicación o difusión correspondiente.



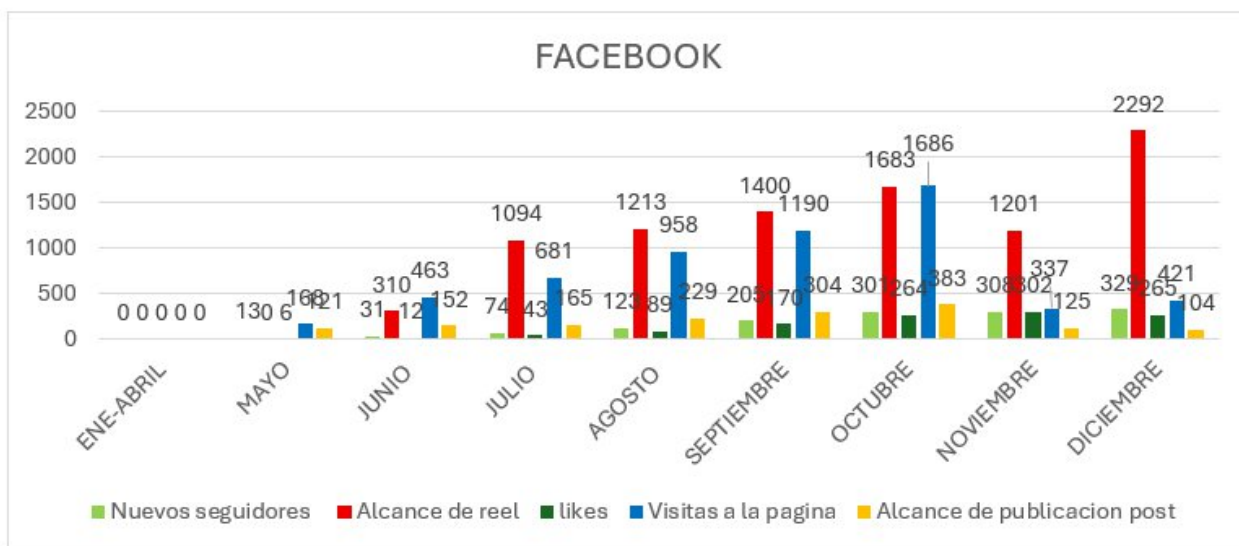
2.2 GESTION DE PARRILLA DE CONTENIDOS

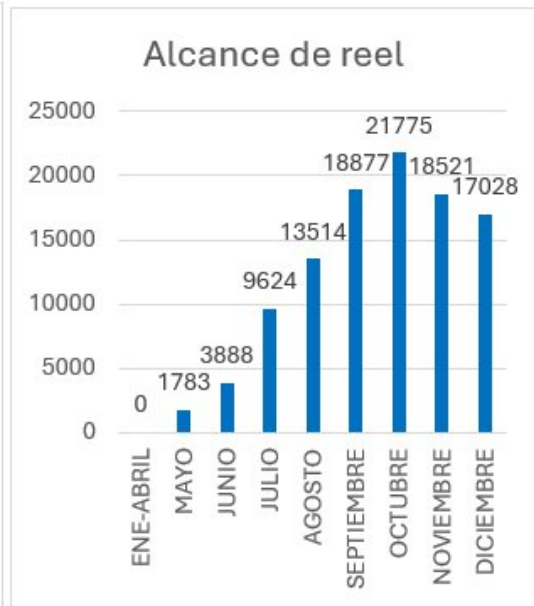
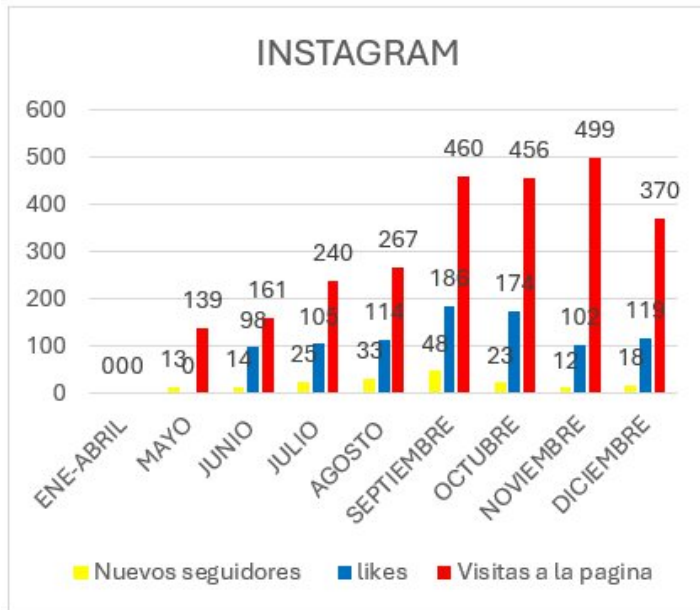


Fuente: Facebook / Instagram

Análisis: Durante el mes de diciembre se continuó con la elaboración de las parrillas de contenido. Como resultado de la generación de información relevante para los usuarios, se produjeron 18 publicaciones superando las 17 inicialmente proyectadas logrando una ejecución del 106%.

2.3 INDICADORES RELEVANTES DE REDES SOCIALES



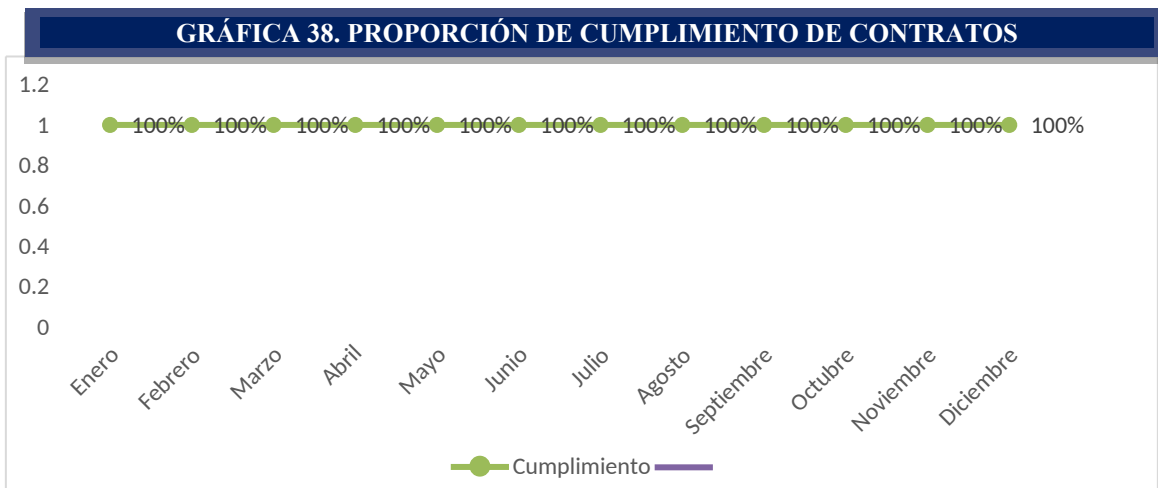


Fuente: Meta / Metricool

Análisis: En el mes de diciembre se presentó una variación negativa generalizada en algunos indicadores, quizás dada por el aumento de pauta de grandes marcas que satura los algoritmos, disminuyendo la visibilidad orgánica, no obstante, nuestros reels de temporada impulsaron el alcance en Facebook en 90% con respecto al mes anterior.

3 GESTIÓN JURÍDICA

3.1 Cumplimiento de contratos

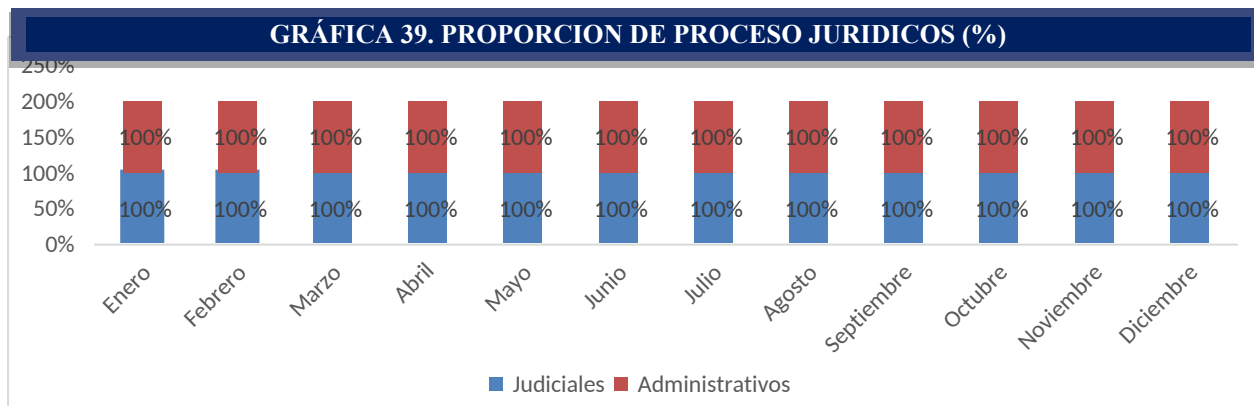


Fuente del Dato: Neón



- **Análisis: Plataforma "Neón" como herramienta de gestión contractual:** La introducción de la plataforma "Neón" indica que la compañía ha adoptado tecnología específica para gestionar sus contratos. Esto sugiere un enfoque moderno y posiblemente más eficiente en la gestión de documentos y procesos contractuales.
- **Solicitudes de usuarios y documentos precontractuales:** El hecho de que se hayan recibido 3 solicitudes junto con todos los documentos precontractuales para el mes de diciembre de 2025 indica una actividad considerable en términos de interacciones contractuales durante ese período.
- **Trámite satisfactorio de las solicitudes:** El procesamiento satisfactorio de 3 de las 3 solicitudes muestra un nivel de eficiencia operativa en la gestión de contratos.
- **Cumplimiento del 100% en la gestión contractual:** El cumplimiento del 100% proporciona una métrica clara para evaluar el rendimiento en la gestión contractual. Esta cifra es útil para monitorear el progreso y establecer metas futuras.

3.2 Proporción De Procesos Jurídicos



Fuente del Dato: Página de la Rama Judicial para efectos de procesos judiciales e información de gerencia para efectos de procesos administrativos.

Análisis: Durante el mes de diciembre 2025, se puede evidenciar:

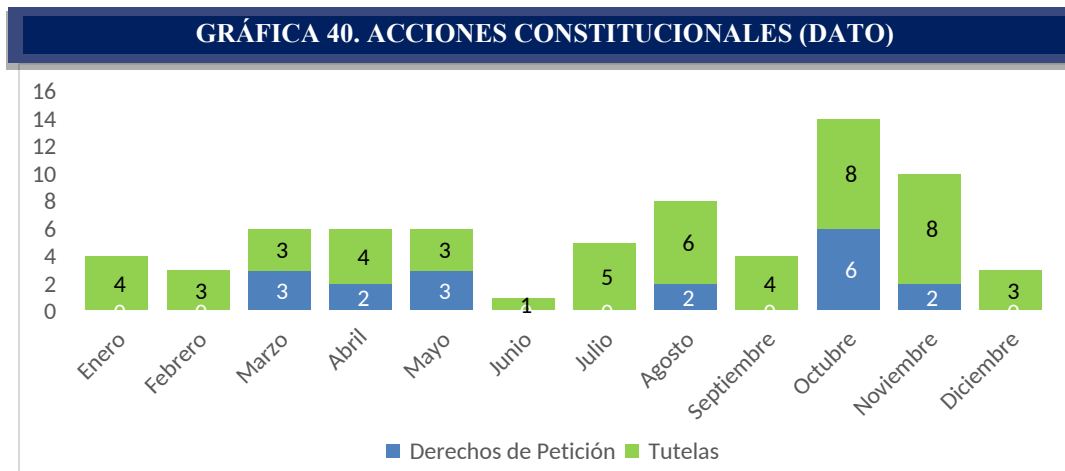
- **Ausencia de procesos judiciales y administrativos:** La revisión de la página de la rama judicial y la falta de procesos judiciales y administrativos en contra de la Compañía sugieren un historial limpio en términos legales. Esto es un punto positivo que refleja un buen cumplimiento de las normativas legales y una gestión sólida de los asuntos legales de la empresa.
- **Procesos jurídicos para la recuperación de cartera:**

No.	Radicado	Tipo de acción	Despacho Judicial	Demandante	Demandado	Pretensión	Cuantía / Valor de la pretensión	Estado del Proceso	Límite Valor Medidas Cautelares de Embargo	Observaciones	Contingencia de Pérdida
4	25899400300120200038500	Acción Ejecutiva	01 Civil Municipal de Zapaquirá	Jersalud S.A.S	IPS Arcasahud S.A.S	Librar mandamiento de pago en relación con las facturas relacionadas en la demanda	\$ 25.000.000	Emplazamiento para notificación a quienes se crean con derecho o tengan títulos o créditos contra la demandada	\$ 25.000.000	1. El día 10 de marzo de 2021, se presenta la demanda ejecutiva. 2.El día 9 de abril de 2021 el despacho libra mandamiento ejecutivo, decreta medidas cautelares, y solicita emplazamiento de personas que tengan créditos y títulos en contra de la demandada. 3. En espera de hacer efectiva las medidas cautelares, dado que existe acumulación de procesos.	Medio (incierto)



Basado en la información proporcionada, se puede proyectar que la Compañía está manteniendo un buen control sobre sus asuntos legales y financieros. Sin embargo, es importante mantener este nivel de cumplimiento y continuar implementando prácticas sólidas de gestión legal y financiera para evitar problemas futuros. Se recomienda realizar revisiones periódicas para garantizar que la empresa cumpla con las regulaciones vigentes y mantenga su historial limpio en términos legales y financieros. Además, es crucial monitorear de cerca cualquier cambio en las regulaciones legales y financieras que puedan afectar a la empresa y tomar medidas proactivas para cumplir con ellas.

3.3 Acciones constitucionales



Fuente del Dato: Neón

Análisis: diciembre de 2025.

- ✓ **3 Acciones de tutela:**

Nivel Complementario – medicamentos.

Es importante resaltar que las acciones de tutelas presentadas en diciembre de 2025 no generaron ningún impacto para la Compañía, lo que refleja que Jersalud actuó en cumplimiento de la normativa vigente y los requerimientos legales, minimizando riesgos asociados a estas acciones constitucionales.

- ✓ **0 Derechos de petición**

En relación con los derechos de petición correspondientes al mes de noviembre de 2025, se informa que durante dicho periodo no se recibieron solicitudes.

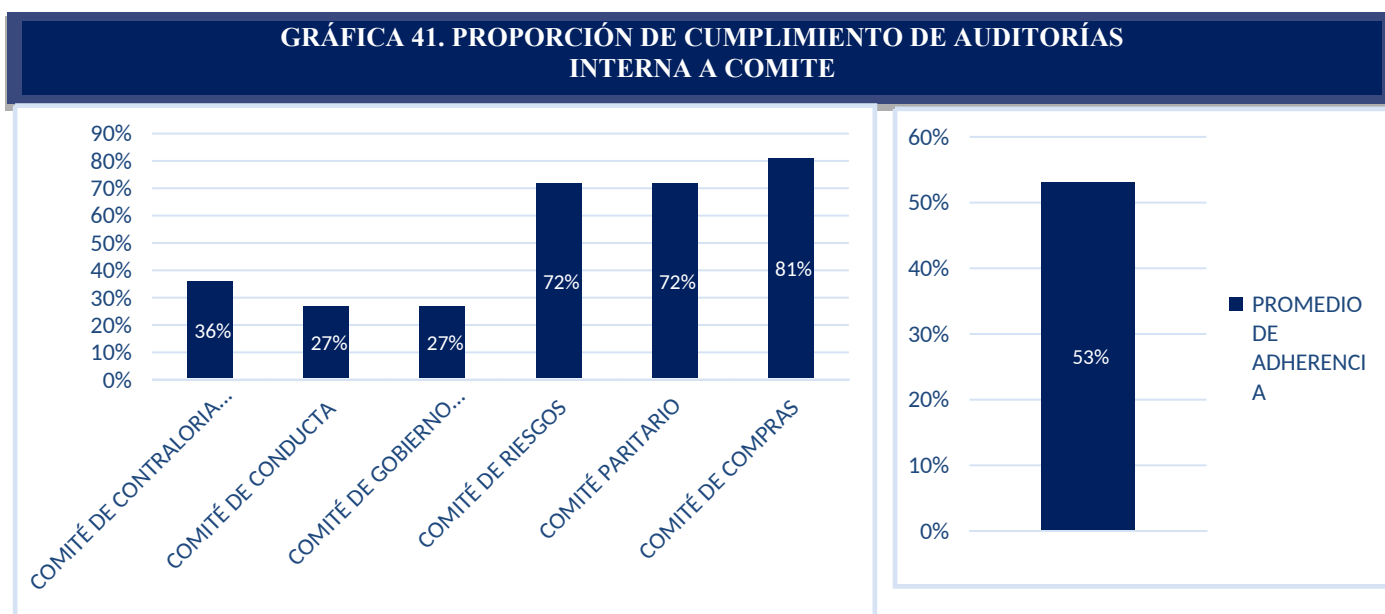
Finalmente, para la vigencia del año 2025, se presentaron setenta y seis (76) solicitudes de contratación correspondientes a contratos administrativos y comerciales, ejecutándose la totalidad de los mismos. Durante dicho período no se adelantaron procesos judiciales en contra de la entidad; se registró dieciocho (18) derechos de petición y cincuenta y dos (52) acciones de tutela, en las cuales JERSALUD S.A.S se encontraba accionada y vinculada, sin que ello hubiera generado efectos jurídicos negativos. En consecuencia, se concluye que la Oficina Jurídica desarrolló sus funciones de manera oportuna, eficiente y conforme al marco legal vigente, garantizando la adecuada defensa de los intereses de la entidad y el normal desarrollo de sus actuaciones.



4 GESTIÓN DE CALIDAD

4.1 Informes de comités

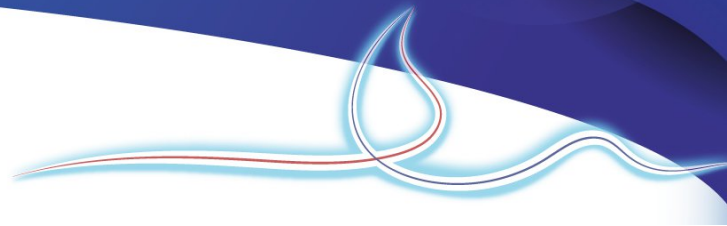
Nacional



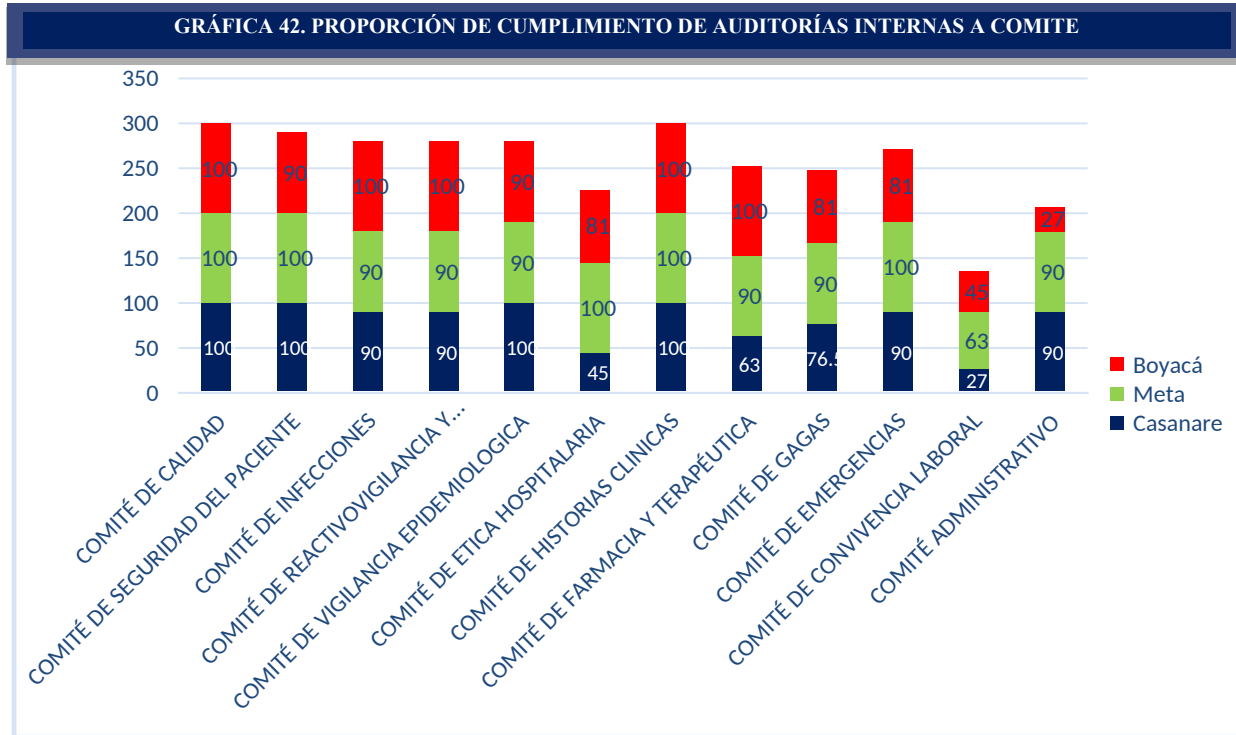
Fuente del Dato: Daruma–Tablero Encuestas (auditoria a comités por sucursal)

Análisis: Se realizó auditoría a los comités nacionales del primer semestre del 2025, dando como resultado un promedio de cumplimiento del 53% con una disminución porcentual de 10 % con respecto al semestre anterior, en donde se evidencia que para el comité de COPASST, se obtuvo un cumplimiento del 90% con un disminución de adherencia de 12% con respecto al semestre anterior, para el Comité de compras se obtuvo un cumplimiento del 81% con un disminución de adherencia de 9% con respecto al semestre anterior, el Comité de riesgos obtuvo un cumplimiento del 72% se mantuvo igual, con respecto al semestre anterior; Comité de Contraloría obtuvo un cumplimiento del 36%, Para los comités: comité de Conducta y Comité de Gobierno obtuvieron un cumplimiento del 27% sin mejoría con respecto al semestre anterior, esto debido a que no se evidenciaron actas cargadas en ruta correspondiente, por ende no se lograron verificar los ítems de la lista de verificación aplicada F-GCI-016 Formato para auditoria a comités institucionales.





Sucursales



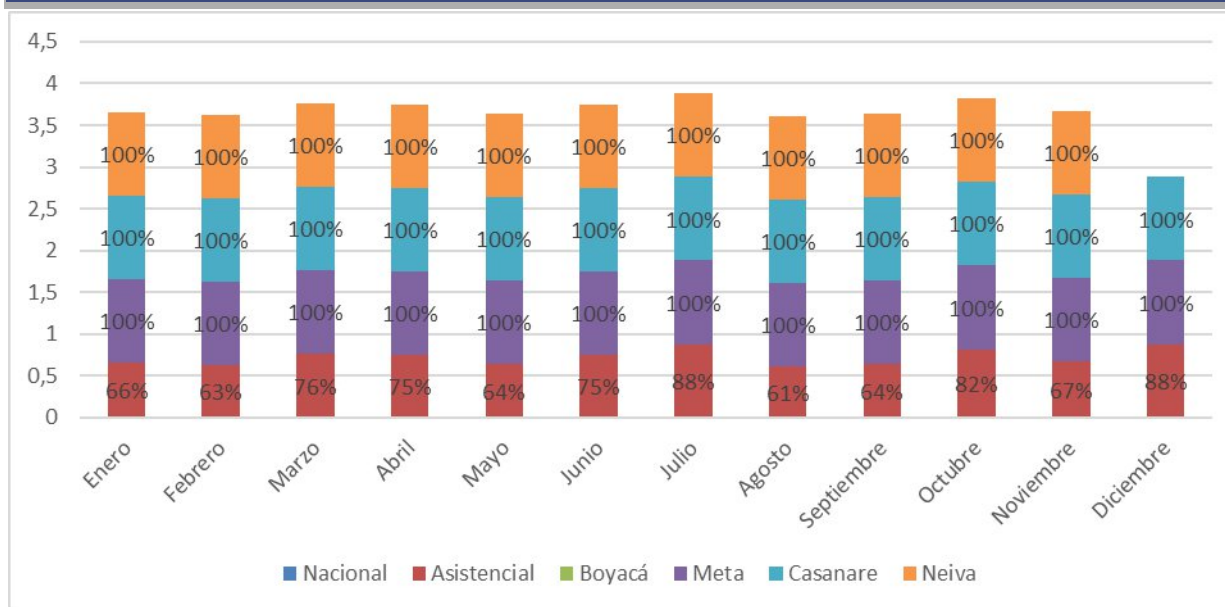
Fuente del Dato: Daruma–Tablero Encuestas (auditoria a comités por sucursal)

Análisis: Se realizó auditoría a los comités institucionales del primer semestre del 2025, dando como resultado un promedio de cumplimiento de 85% a nivel general con una disminución del 9% de adherencia con respecto al semestre anterior, la sucursal Casanare obtuvo un cumplimiento del 81% con una disminución del 12% de adherencia con respecto al semestre anterior, la sucursal Meta obtuvo un cumplimiento del 97% con una disminución de 7% de adherencia con respecto al semestre anterior y para la sucursal Boyacá un cumplimiento del 82% con una disminución de 11% con respecto al semestre anterior; evidenciando una disminución en los resultados de la auditoria frente a la auditoria del segundo semestre de 2024.



4.2 Auditoría Interna

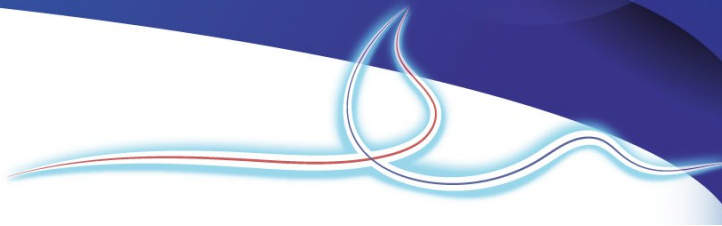
GRÁFICA 43. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA (%)



Fuente: Programa de auditoría interna

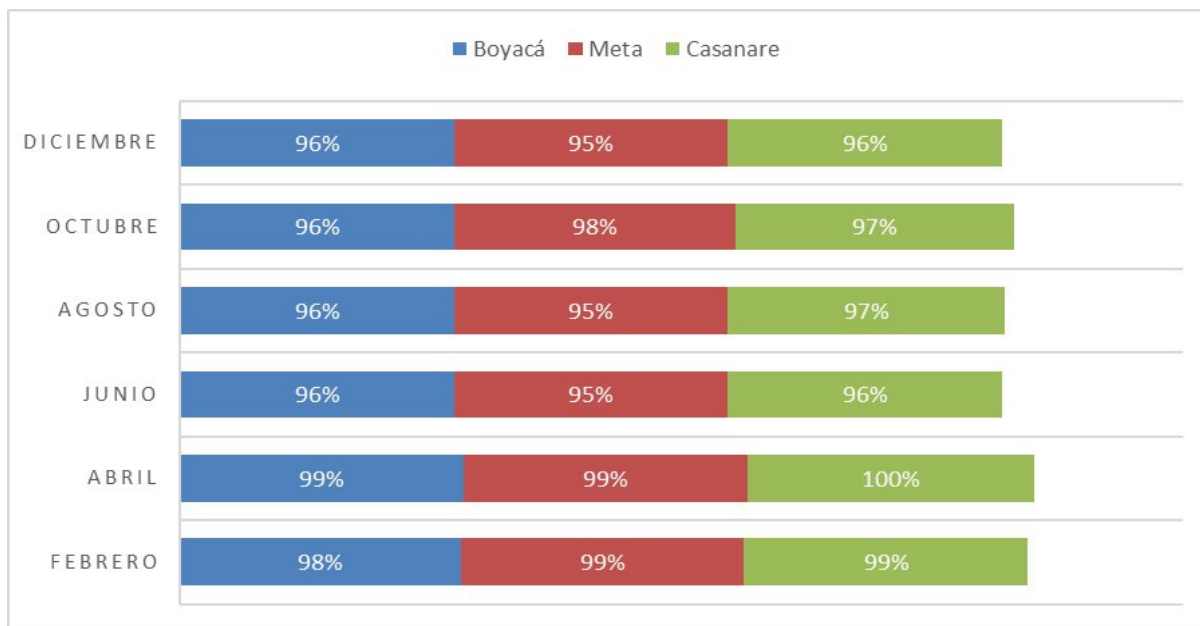
Nacional: La auditoría interna iniciada en septiembre y con corte a diciembre muestra un cumplimiento del 63.6% (7 auditorías cerradas) y un avance del 36.4% (4 auditorías en curso). Se destacan altos niveles de cumplimiento en áreas como Talento Humano, Tecnología en Salud, Ambiente Físico y Gestión Financiera, aunque persisten oportunidades de mejora en indicadores, documentación y seguimiento. La Gestión Jurídica presentó menor cumplimiento (75.56%), con debilidades en trazabilidad normativa y documentación legal. En Seguridad y Salud en el Trabajo se evidencian fortalezas, pero también cinco áreas de mejora relacionadas con trazabilidad, afiliación, contratistas y acciones correctivas.





4.3 Asistencial
Consentimientos informados

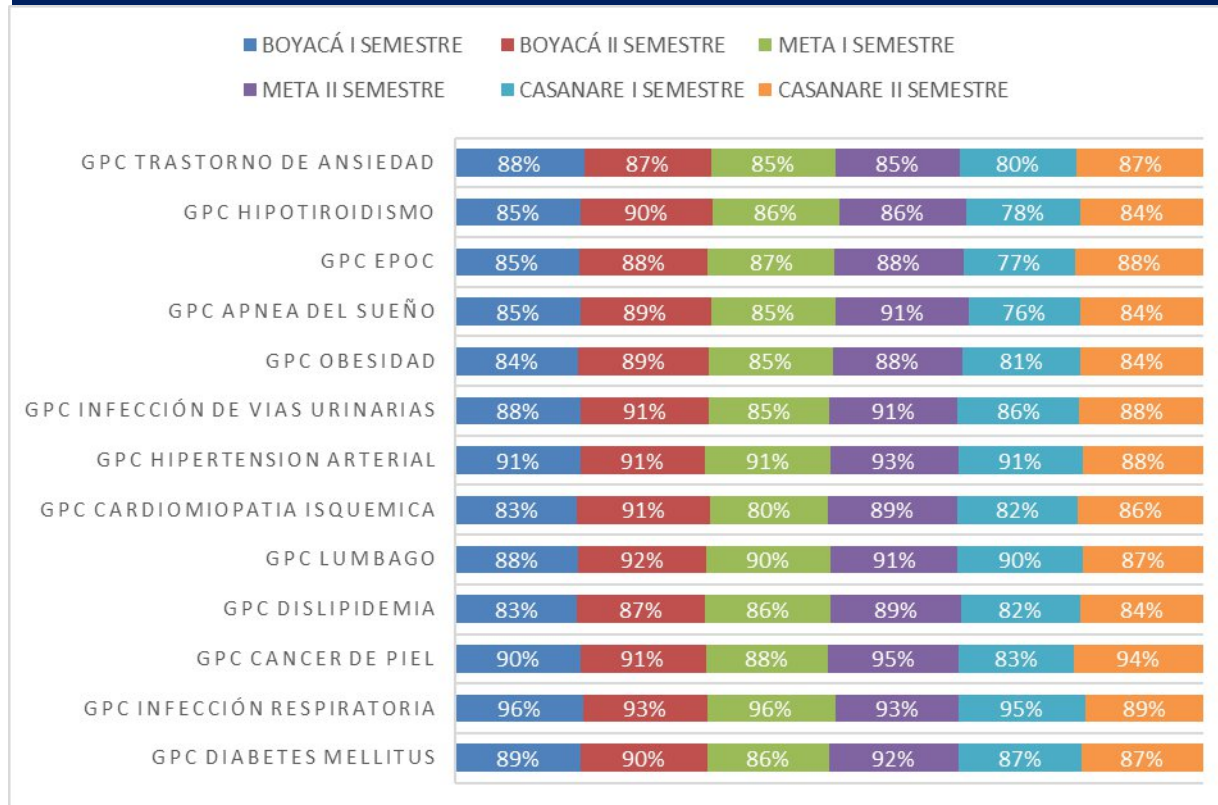
GRÁFICA 44. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO AUDITORIA INTERNA ASISTENCIAL (%)



En el transcurso del años 2025 se realizaron 6 auditorias al diligenciamiento y cargue consentimientos informados en software de historia clínica, obteniendo cumplimiento del 95% o superior en cada una de las sucursales, dando cumplimiento al umbral establecido.



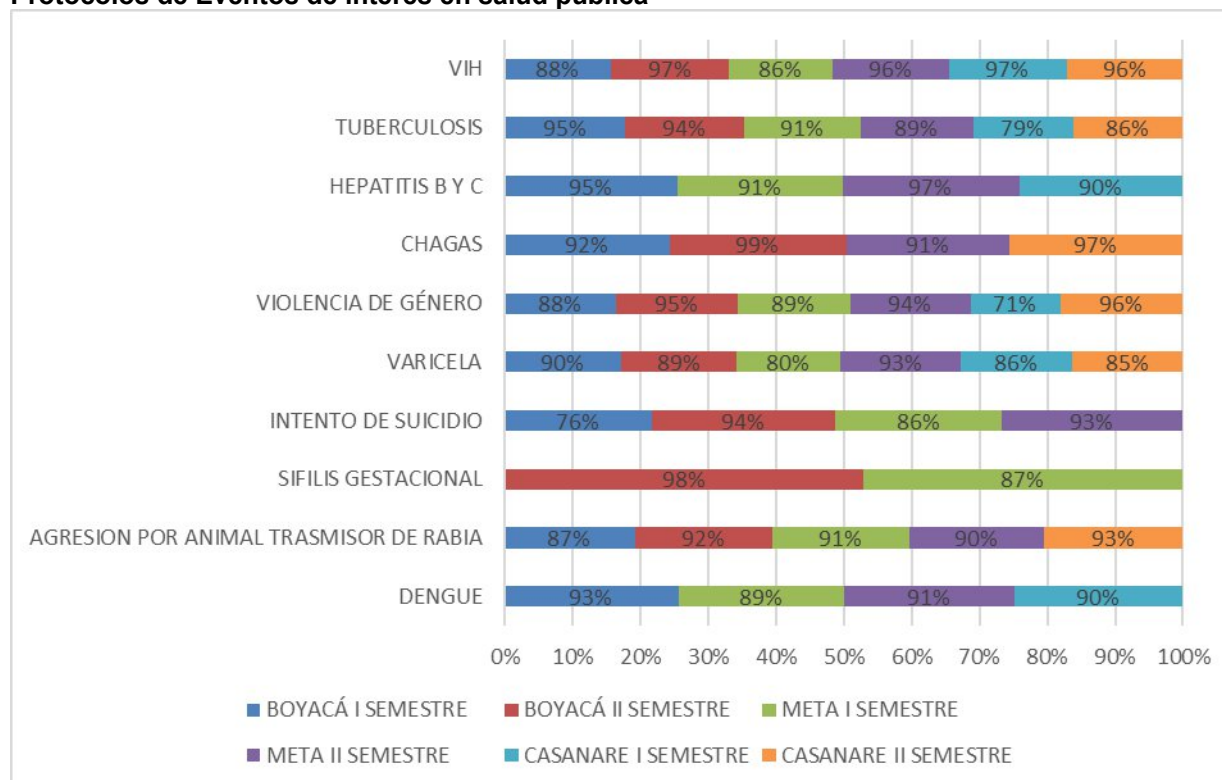
GRÁFICA 44. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO AUDITORIA INTERNA ASISTENCIAL (%)



Para la vigencia 2025 se auditaron un total de 13 Guías de práctica clínica con una periodicidad semestral, evidenciando una mejora en la adherencia teniendo en cuenta la primera auditoria versus la segunda auditoria, sin embargo se siguen presentando falencias en algunos registros como revisión por sistemas, aspecto general del paciente y descripción específico del examen físico. Con base a los hallazgos, se concluye que es necesario fortalecer el registro obligatorio de los componentes clínicos mencionados, garantizando su incorporación sistemática en la historia clínica y adecuada adherencia a las GPC.



Protocolos de Eventos de interés en salud pública



En cuanto a la auditoria de eventos de interés en salud pública para el año 2025 se programaron y ejecutaron auditorias a 10 eventos, evidenciando cumplimiento de adherencia en el primer semestre por debajo del umbral establecido del 95%, lo que llevo a ejecutar planes de mejora efectivos, ya que se identifico una mejor adherencia en la segunda auditoria realizada.

Empresas aliadas

Para la vigencia 2025 se programa auditoria en el servicio de odontología (Odontosalud) para verificar adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento y cargue de consentimientos informados al software de historia clínica; y en servicio de terapias (MEC) se programo auditoria a cada unos de las terapias ofertadas frente al registro de historia clínica, diligenciamiento y cargue de consentimientos, a nivel general Odontosalud logro un cumplimiento del programa del 62%, esto debido a que a partir del mes de Octubre no se ejecutaron auditorias programadas por falta de personal; en cuanto a MEC ejecuto un 81% del programa, debido a que no se logro la ejecución de algunas auditorias.



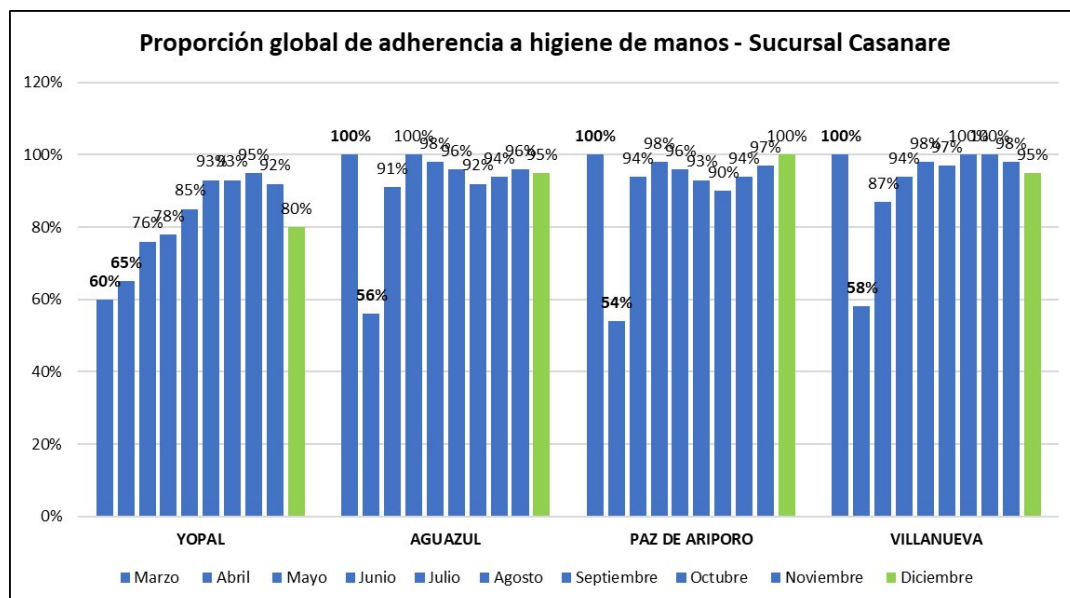
4.4 Auditorías Internas Casanare

En el mes de Diciembre se llevaron a cabo las auditorías internas correspondientes al Programa de Seguridad del Paciente, logrando un cumplimiento del 93% de las auditorías programadas en la sucursal Casanare. Estas auditorías incluyeron la aplicación de la lista de chequeo: F-GC-021 LISTA DE CHEQUEO PARA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS en las cuatro sedes que conforman la sucursal, utilizando instrumentos institucionales previamente validados para evaluar el cumplimiento de los estándares establecidos para la seguridad del paciente, obteniendo los siguientes resultados:

1. Higiene de manos.

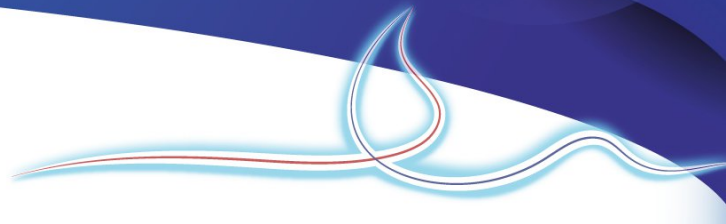
1. Adherencia global al protocolo de higiene de manos

Durante el mes de diciembre, se llevó a cabo una ronda de verificación de higiene de manos en las sedes de Villanueva, Paz de Ariporo, Aguazul y Yopal, realizando un total de 22 observaciones a través del programa de seguridad del paciente. Como resultado, se evidenció un cumplimiento global del **93%**.



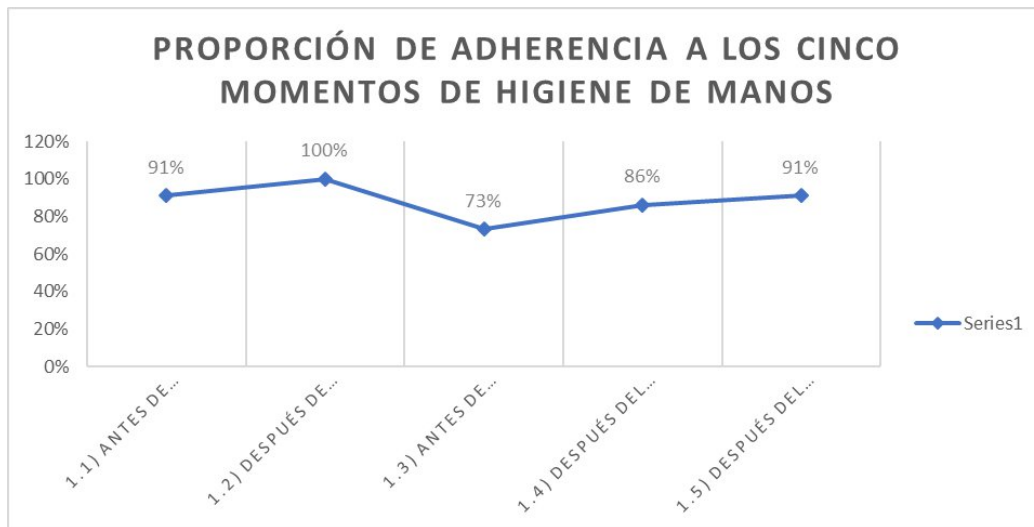
Este aumento evidencia una evolución favorable y constante en el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, demostrando que las acciones de intervención, el fortalecimiento educativo y el seguimiento individualizado están teniendo un efecto positivo en las conductas del talento humano en salud. Se resalta la mejora en todas las sedes evaluadas, en particular Aguazul, Paz de Ariporo y Villanueva, las cuales alcanzan porcentajes superiores al 93%, reflejando un compromiso creciente con la implementación de prácticas seguras y la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.





2. Proporción de adherencia a los cinco momentos de higiene de manos.

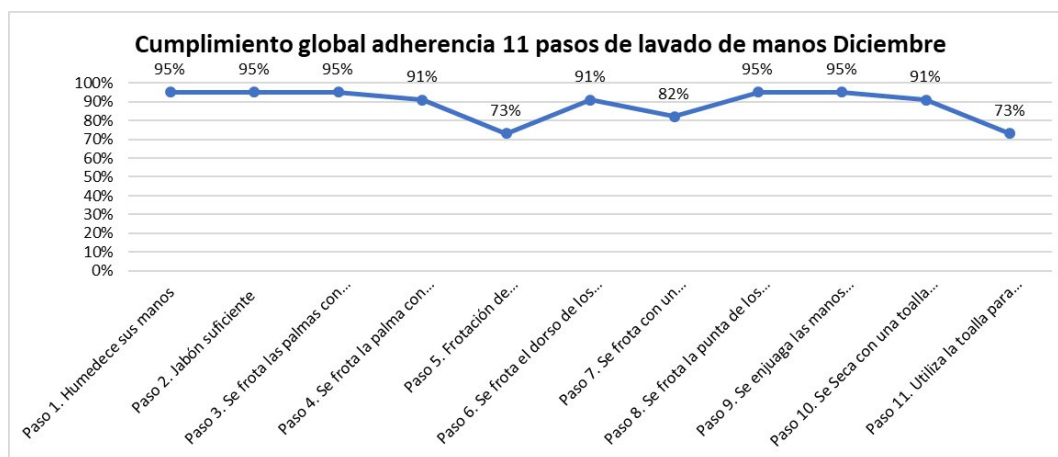
Se evidenció un cumplimiento global de identificación de los 5 momentos de higiene de manos del 89%, en el cual se evidencia una disminución del indicador.



3. Adherencia técnica de lavado de manos.

La proporción de cumplimiento en adherencia a la técnica de lavado de manos en Casanare para diciembre, se observa un cumplimiento global de 89%.

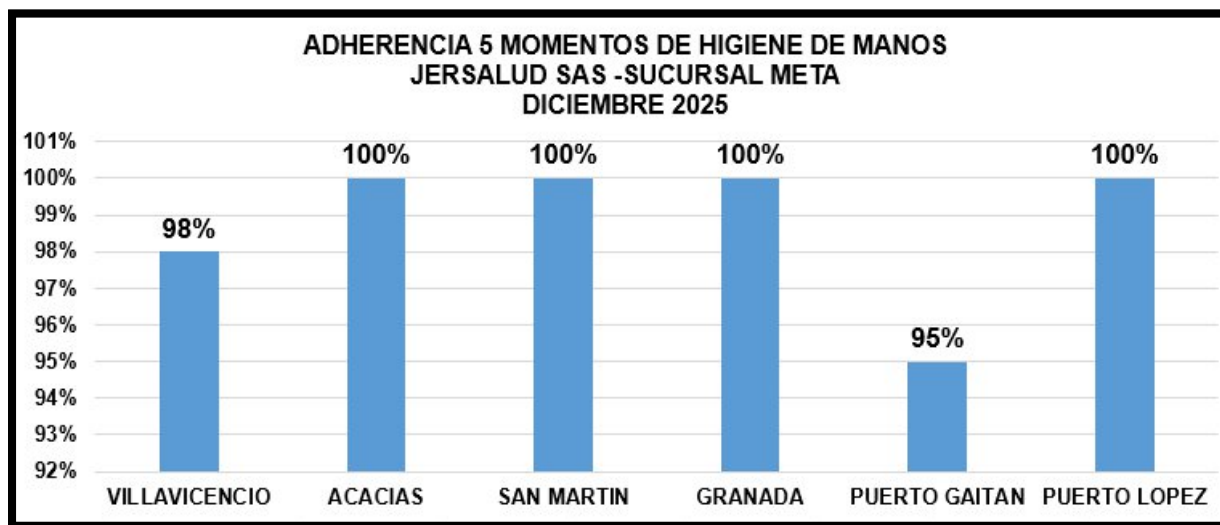
Durante el periodo evaluado se evidencia una disminución en los niveles de cumplimiento de la técnica de higiene de manos en comparación con los meses anteriores. Ante este comportamiento, se llevó a cabo un proceso de retroalimentación individualizada a cada colaborador, enfocado en los pasos y momentos en los que se identificaron falencias, con el fin de reforzar la correcta aplicación de la técnica, promover la adherencia a los lineamientos institucionales y prevenir riesgos asociados a la atención en salud. Estas acciones se orientan al fortalecimiento continuo de las prácticas seguras y a la mejora del desempeño del talento humano en salud.



4.5 Auditoría Interna Sucursal Meta

En el mes de Diciembre, de acuerdo con programa de Auditorías Internas se da cumplimiento al 100% de las auditorias programadas, relacionada con:

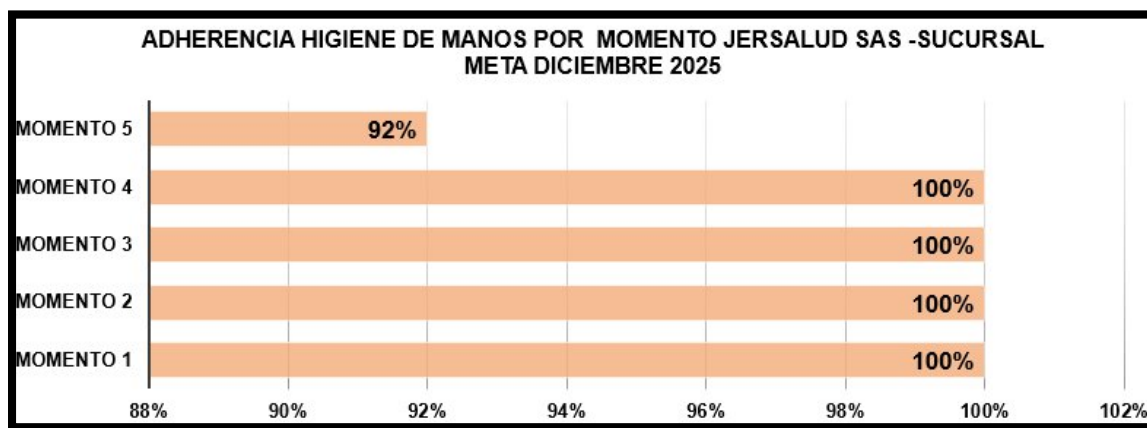
F-GC-125 - Lista de Chequeo del Programa de Seguridad del Paciente (Higiene de Manos): en la aplicación de la lista de higiene de manos evaluamos el conocimiento del personal frente al conocimiento de los 5 momentos de lavado de manos, el promedio general de adherencia por sede en la Sucursal Meta. Durante el mes de diciembre de 2025, se evaluó la adherencia del personal de salud a los 5 momentos de higiene de manos en las sedes de la Sucursal Meta. Los resultados por sede son los siguientes:



Acacias, San Martín, Granada y Puerto López alcanzaron una adherencia del 100%, frente a los cinco momentos para el lavado de manos.

Para la sede Villavicencio y Puerto Gaitán presentó un resultado sobresaliente superior al 95%.

Se continua con la evaluación de conocimientos de manera Mensual con el fin de fortalecer los conocimientos y promover la adherencia a los mismos.

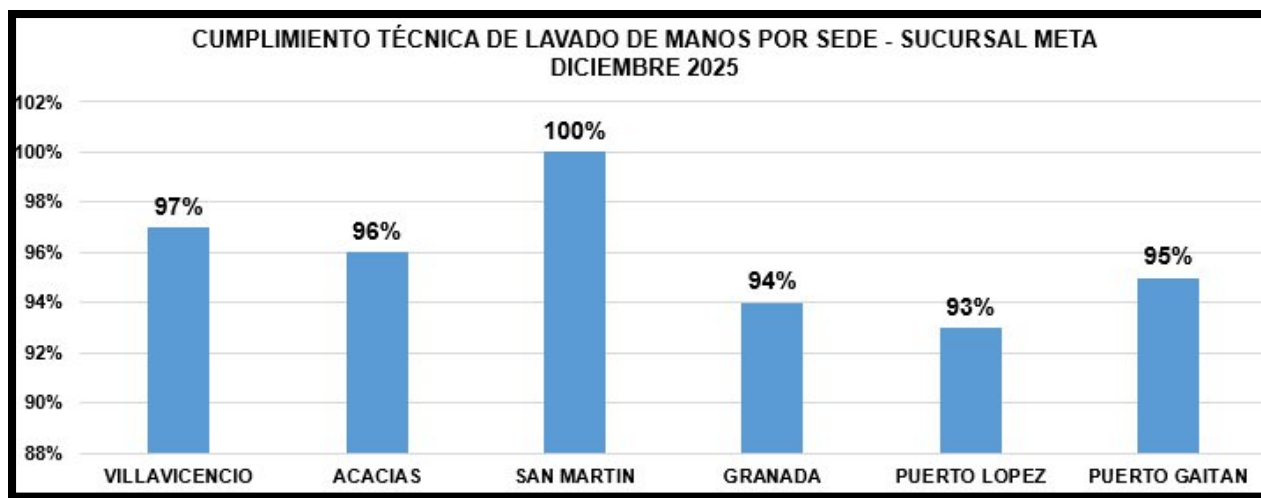


La anterior gráfica presenta el nivel de adherencia específico por cada uno de los 5 momentos de higiene de manos establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Los resultados para la Sucursal Meta durante el mes de noviembre de 2025 son los siguientes:

- Momento 1 (antes del contacto con el paciente): 100% estable frente al mes anterior.
- Momento 2 (antes de realizar una tarea aséptica): 100%, aumento frente al mes anterior un 7%.
- Momento 3 (después del riesgo de exposición a fluidos corporales): 100%, estable frente al mes anterior.
- Momento 4 (después del contacto con el paciente): 100%, estable frente al mes anterior. Momento 5 (después del contacto con el entorno del paciente): 92% disminuyó 3% frente al mes anterior.

Se observa una adherencia global del 98% (sobresaliente) para los cinco momentos de higiene de manos, con tendencia positiva.

Se continúa con evaluación de inspección de higiene de manos por los diferentes servicios en pro de la seguridad del paciente y mejora de los procesos.



El gráfico presenta el porcentaje de cumplimiento de la técnica adecuada de lavado de manos por parte del personal asistencial, según observaciones realizadas en cada sede. Los resultados muestran una variabilidad significativa entre sedes:

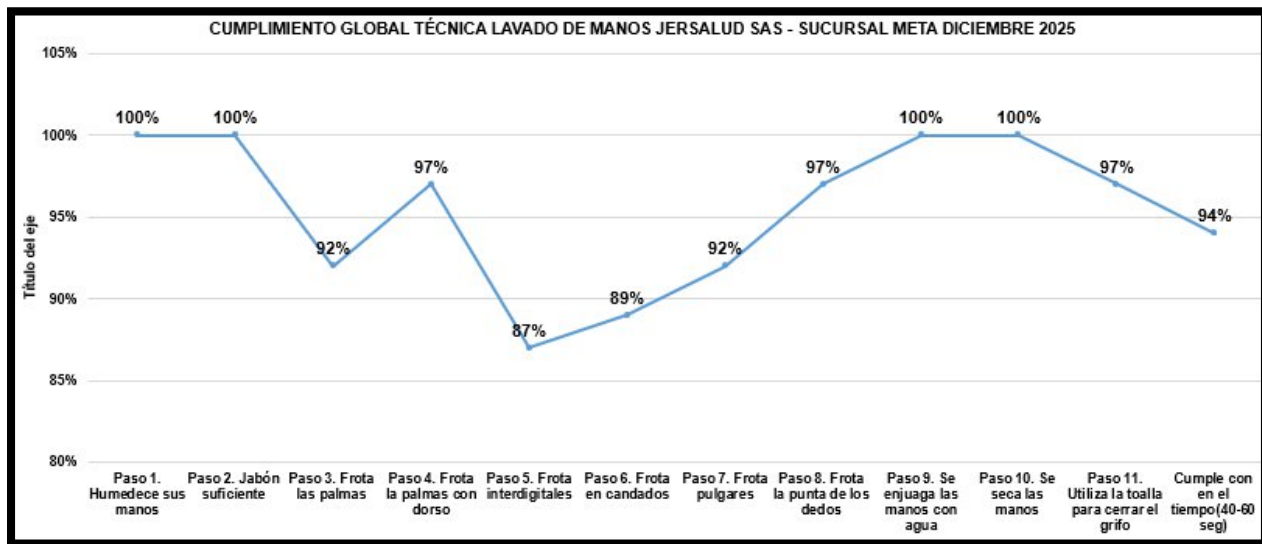
Cumplimiento del 100% en la sede San Martín, evidenciando una ejecución óptima de la técnica conforme a los lineamientos institucionales.

Villavicencio, Puerto Gaitán, Acacias reportaron un cumplimiento igual o mayor al 95%, lo cual es sobresaliente, con tendencia positiva.

La sede Granada y Puerto López presentaron un cumplimiento inferior al 95% aceptable.

Se continúa con la necesidad de refuerzo en la formación práctica del personal.





Existe un alto nivel de cumplimiento en la mayoría de los pasos técnicos, lo cual evidencia que el personal está familiarizado con la secuencia del lavado de manos. Sin embargo, hay fallas puntuales en pasos críticos para evitar la contaminación cruzada:

El espacio frotar interdigitales, son pasos comúnmente olvidados, aunque clave en la técnica.

Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” - Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.

- **F-GC-125 - Lista de Chequeo del Programa de Seguridad del Paciente (correcta Identificación del paciente):**
- ✓ **Acacias (100%), San Martín (100%), Granada (100%), Villavicencio (100%), Puerto López (100%) y Puerto Gaitán (100%):** Cumplimiento total. Las sedes demuestran un alto compromiso institucional con la identificación segura del paciente, lo que reduce riesgos de errores graves y refuerza la calidad del proceso asistencial.

Durante el año 2025 se aplicaron las siguientes listas de chequeo:

Higiene de Manos, evaluando la adherencia del lavado de manos (5 momentos, ejecución correcta en cuanto a tiempo y duración) con un resultado del 93.4% cuyo resultado es aceptable. Se socializan resultados en comité de Seguridad del paciente y se enfatiza en la importancia de ejecutar de manera correcta esta actividad diariamente en pro de la contención de infecciones.

Ronda de seguridad del paciente (48 criterios evaluados) a nivel de la sucursal Meta, aplicada en las diferentes áreas de la IPS, arrojando como resultado 96% de cumplimiento.

Lista de chequeo relacionada con Correcta identificación del usuario, obteniendo un 93.2% de cumplimiento, cuyo resultado es aceptable.

Lista de chequeo relacionada con Uso seguro de Medicamentos, obteniendo un 95.9% de cumplimiento, cuyo resultado es Sobresaliente.



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

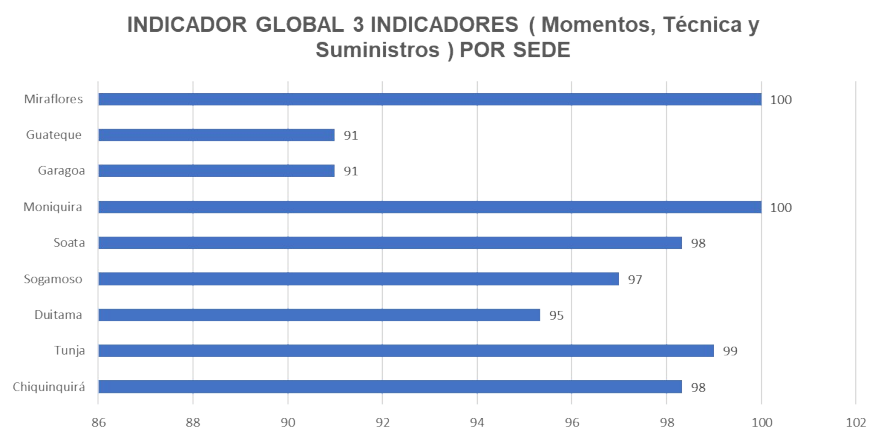


Es importante mencionar que durante la presente vigencia desde marzo hasta Julio se contó con profesional de seguridad del paciente, lo que permitió afianzar procesos de seguridad del paciente en pro del mejoramiento de los servicios.

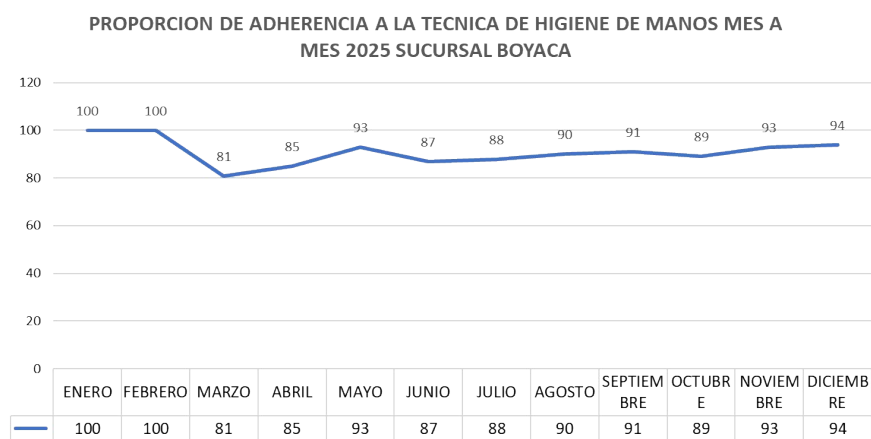
4.6 Auditoría interna Sucursal Boyacá

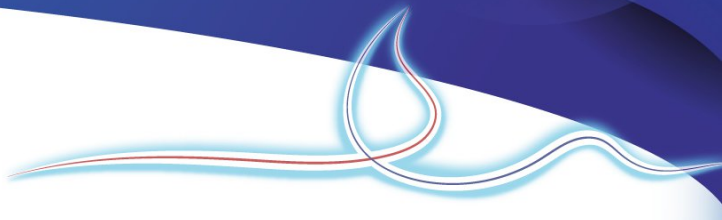
Las rondas de Seguridad del Paciente evidencian un nivel de cumplimiento global intermedio, con resultados que oscilan entre el 66% y el 88%, lo que refleja avances importantes en la identificación de riesgos, pero también brechas relevantes en la adherencia a protocolos y en la estandarización de prácticas asistenciales.

El mayor nivel de cumplimiento se observa en Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) con un 88%, evidenciando disponibilidad de insumos para higiene de manos y acciones de refuerzo al cumplimiento del protocolo institucional. No obstante, persisten oportunidades de mejora relacionadas con la adherencia sostenida al protocolo T-GC-002 y el fortalecimiento de estrategias educativas visuales en los servicios.



Siendo el lavado de manos el indicador de mayor impacto en el indicador de IAAS, la Sucursal Boyacá cierra 2025 con un promedio de 90,9%.



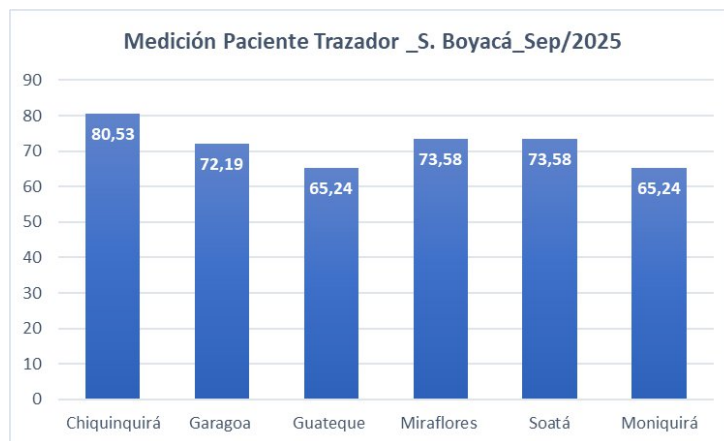


La Utilización segura de medicamentos alcanza un 80%, reflejando avances en capacitación y aplicación de prácticas seguras; sin embargo, se identifican riesgos asociados a errores en la prescripción, almacenamiento y rotulación de medicamentos, así como una verificación cruzada ocasionalmente insuficiente, lo cual incrementa el riesgo de eventos adversos.

En Prevención de caídas, el cumplimiento es del 72%, constituyéndose en uno de los componentes más críticos. Las principales brechas se relacionan con la no aplicación sistemática de la escala de riesgo al ingreso, deficiencias en infraestructura de seguridad (pasamanos, señalización e iluminación) y limitada educación a acompañantes, lo que incrementa el riesgo de eventos prevenibles.

El componente con menor desempeño corresponde a la Identificación correcta del paciente, con un 66%, evidenciando debilidades en la aplicación uniforme de la doble verificación, el uso de identificación con voz alta y nombres completos, así como inconsistencias entre los sistemas de información, representando un riesgo significativo para la seguridad del paciente.

Respecto a la medición del paciente trazador para el año 2025, en el mes de septiembre se realizó la evaluación en 6 de las 9 sedes de la sucursal de Boyacá con un global de cumplimiento del 71,5%.



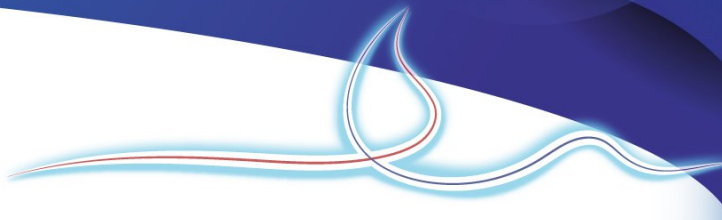
Los resultados evidencian en varios ejes críticos de la atención, con porcentajes de aspectos negativos que oscilan entre el 41,5% y el 86,4%, lo que refleja debilidades estructurales y operativas que impactan la experiencia del usuario y la seguridad del paciente.

La mayor brecha se identifica en la Cultura de Seguridad del Paciente, con un 86,4%, evidenciando una baja apropiación institucional de los principios de seguridad, limitada socialización de prácticas seguras y necesidad urgente de fortalecer procesos de sensibilización y liderazgo organizacional.

Otros ejes con brechas altas corresponden a la Planeación para la atención (75%) y la Evaluación de la atención (74%), relacionados con deficiencias en la elaboración de guías de práctica clínica, entrega de material educativo, seguimiento del tratamiento y seguridad farmacológica, lo que incrementa el riesgo de fallas en la continuidad y calidad de la atención.

El Acceso y oportunidad en la atención presenta una brecha del 66,7%, asociada principalmente a dificultades en la disponibilidad de profesionales y a la limitada socialización de indicadores de oportunidad, afectando la percepción de oportunidad y eficiencia del servicio.





Brechas intermedias se evidencian en Salida y seguimiento del paciente (58%) y Reconocimiento de derechos y deberes (50%), lo que indica oportunidades de mejora en la socialización del derecho a la segunda opinión médica y en la información entregada al usuario durante el egreso.

Las menores brechas, aunque aún relevantes, se observan en Registro e ingreso del paciente (41,5%) y Evaluación de necesidades del paciente (41,5%), principalmente relacionadas con el consentimiento informado, la orientación inicial y la educación en prevención de riesgos como caídas.

Estos resultados se mantuvieron hasta el mes de septiembre y para el último trimestre solo se realizaron rondas generales, no específicas tras la eliminación del cargo de Profesional de Seguridad del Paciente, lo que ha generado una disminución en el número de actividades realizadas del programa y rondas de seguridad del paciente.

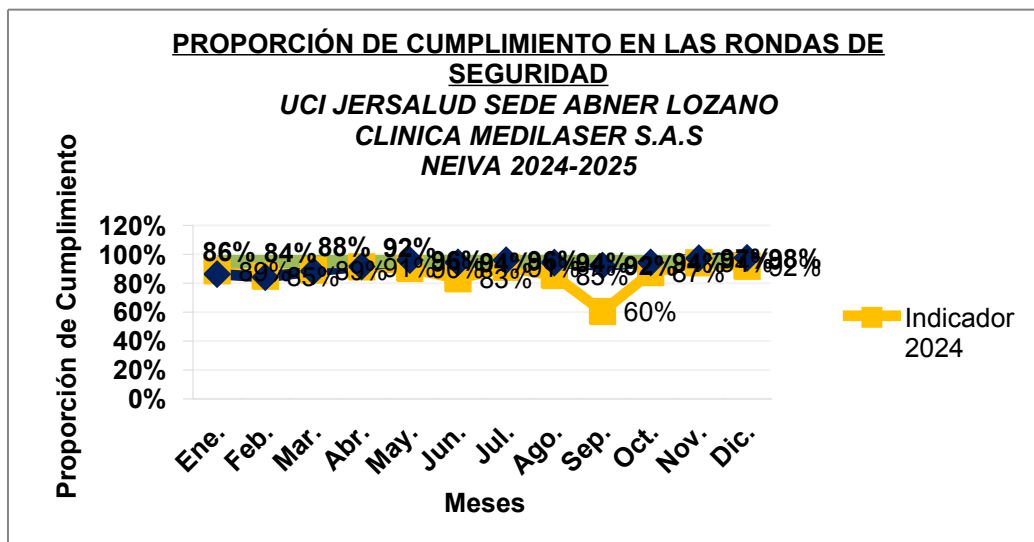
4.7 Sede UCI Neiva

Dentro del Programa de auditoría asistenciales 2025 en el mes de diciembre se contemplaron auditar en total 6 procesos distribuidos de la siguiente manera: 1 Rondas de Seguridad del Paciente, 2. Protocolo de entrega de turno, 3. Criterios de Ingreso y Egreso a la Unidad, 4. Registros Documentales, 5. Higiene Lavado de manos, 6. Instalaciones locativas.

1. Ronda de seguridad del paciente

Proporción de cumplimiento en las rondas de seguridad	Numerador (Número de criterios cumplidos en la aplicación de rondas de seguridad)	170	170	391	434	409	286	187	606	462.00	403.00	395.00	396.00
	Denominador (Total de criterios evaluados)	197	202	345	474	426	303	195	643	501	427	406	406
	Indicador 2024	89%	85%	89%	91%	90%	83%	91%	85%	60%	87%	94%	92%
	Indicador 2025	86%	84%	88%	92%	96%	94%	96%	94%	92%	94%	97%	98%
	Meta	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%





Fuente: Vista Power Bi

Durante la auditoría a los procesos de la UCI Jersalud, se aplicó la lista de verificación de la ronda de seguridad del paciente al personal asistencial en turno, obteniendo un cumplimiento general del 98%. Entre los principales hallazgos se identificaron desorden en el cuarto de residuos con ropa sucia. Como parte del seguimiento, en diciembre se generaron 15 tickets relacionados con mejoras en las instalaciones físicas, evidenciando acciones orientadas al fortalecimiento de la infraestructura y la seguridad del entorno asistencial.

Protocolo de Entrega de Turno

El desarrollo de la ronda de seguridad realizada al personal de la Uci Adulto Jersalud se realiza de forma presencial, aplicando el **F-CS-1028 MD LISTA DE CHEQUEO DE VERIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO**, en donde se produce la transferencia de información clínica-administrativa relevante, que permite la continuidad de la atención de los pacientes, además crear estrategias de comunicación objetivas que brinden información completa, concisa, clara y oportuna de la condiciones del paciente así como situaciones administrativas pendientes, su solución e impacto en el desarrollo de la actividad asistencial.

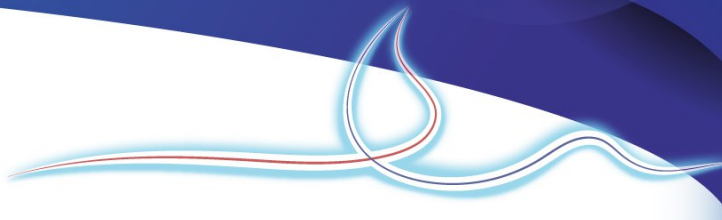
Con un porcentaje de cumplimiento del 90%.

Hallazgo 1: El personal saliente no entrega completamente actualizado las listas de chequeo al personal que ingresa para que realice la respectiva verificación durante la ronda. (Medico [F-CS-216 MD] FORMATO PARA LA ENTREGA DE TURNO PARA MÉDICOS y Enfermería [F-CS-150 MD] LISTA DE CHEQUEO DE ENTREGA DE TURNO.

*Listas de Chequeo vigentes. (Daruma).

Hallazgo 2: Al finalizar la ronda cada grupo responsable se hace entrega de: Equipos biomédicos, carros de paro y stock de medicamentos e insumos al grupo que recibe y este verifica que se encuentra completo y funcionando, confirmando formatos como controles de temperatura, controles de carro de paro, entre otros.





Criterios de Ingreso y Egreso de la Unidad

El desarrollo de la ronda de seguridad realizada al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos, se realiza de forma presencial, aplicando el **F-CI-1285 MD LISTA DE VERIFICACION PARA AUDITORIA AL PROCESO DE ATENCION EN UNIDADES DE CUIDADO CRITICO ADULTO**, donde se verifica los siguientes aspectos.

- Procedimiento de Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto.
- Egreso del Paciente (Usuario Fallecido)
- Egreso del Paciente (Egreso por traslado del usuario a Internación)

Se obtiene un porcentaje de cumplimiento general de 98%.

Registros documentales

Se tomó la totalidad de exámenes solicitados de VIH, que requieren consentimiento informado para la toma, realizados en Clínica Medilaser Sucursal Neiva, sede Abner Lozano, servicio UCI Adulto Jersalud, durante los meses de octubre, noviembre, diciembre.

Se realizó la verificación de la obtención del consentimiento informado, verificación de la adherencia al diligenciamiento del consentimiento informado de VIH. Para verificar la obtención se validó la existencia del consentimiento informado en la historia clínica digital de Índigo vie, para la verificación de adherencia se aplicó el formato de evaluación del consentimiento informado F-CI-107 MD el cual mide los siguientes parámetros.

Datos de identificación: Sucursal, fecha de atención o ingreso del paciente, nombre del usuario, edad, documento de identidad y diagnóstico.

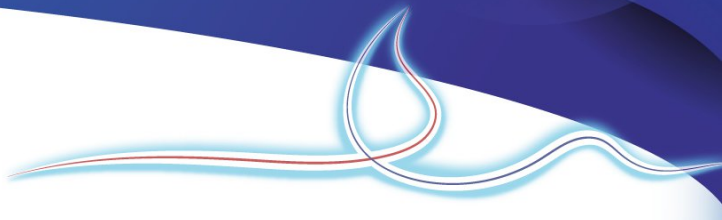
Criterio Clínico: Incluye información y observaciones adicionales.

Declaraciones y firmas: Obtención de la voluntad del paciente (Aceptación o desistimiento a la realización del procedimiento), obtención de la voluntad del paciente (Aceptación o negación a la participación en el proceso de atención de personal en formación), obtención de la voluntad del paciente (Aceptación o negación para que información de historia clínica sea utilizada en estudios de investigación), nombre y firma del paciente o responsable, nombre y firma de médico o profesional, nombre y firma de testigos.

Calidad en el registro: Registros legibles o entendibles, utilización de siglas, acrónimos, abreviaturas o símbolos.

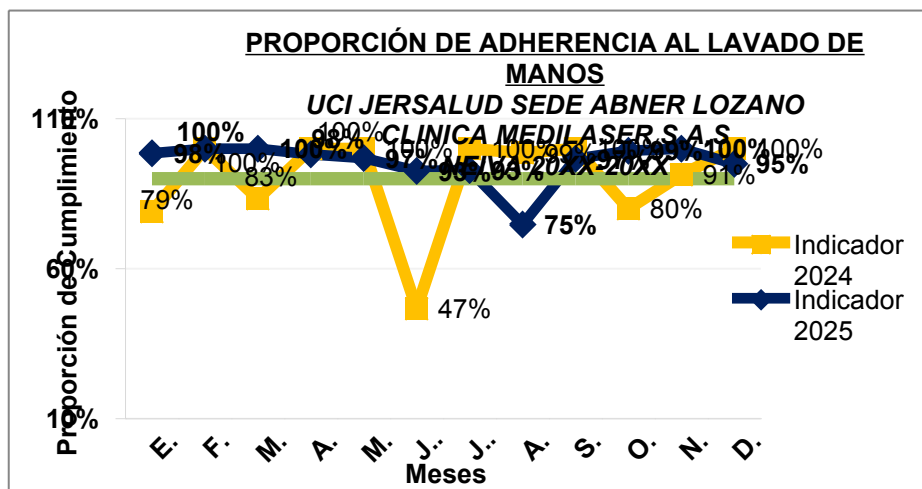
De esta manera se consolidaron todos los resultados, teniendo en cuenta que los valores menores a 90% fueron catalogados como no cumple, entre 90% a 95% estuvieron dentro del rango aceptable, los mayores a 95% como sobresalientes. Con un porcentaje de cumplimiento del 95,6%





Higiene Lavado de manos:

Proporción de Adherencia al Lavado de Manos	Numerador (Número de criterios cumplidos en la evaluación de adherencia al lavado de manos)	129	29	44	104	31	50	13	68	172	143	126
	Denominador (Total de criterios evaluados)	131	29	44	106	32	54	14	91	178	144	126
	Indicador 2024	79%	100%	83%	100%	100%	47%	100%	99%	100%	80%	91%
	Indicador 2025	98%	100%	100%	98%	97%	93%	93%	75%	97%	99%	100%
	Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%



Dentro de la plataforma estratégica de la Clínica Medilaser S.A.S el cuidado y la salud del paciente constituyen un eje fundamental. En desarrollo adherencia a las políticas de lavado de manos dentro de la Unidad de cuidados Intensivos para la prevención de la transmisión de agentes infecciosos, basado en el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) el cual contiene los procesos institucionales seguros, los procesos asistenciales seguros, las prácticas que mejoran la actuación de los profesionales y las acciones para involucrar al paciente y su familiares en el autocuidado de su salud y de su seguridad; así, la gestión clínica excelente y segura, como eje de acreditación, se convierte en una realidad transversal en todos los procesos de la organización. **Con un porcentaje de cumplimiento del 95%.**



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

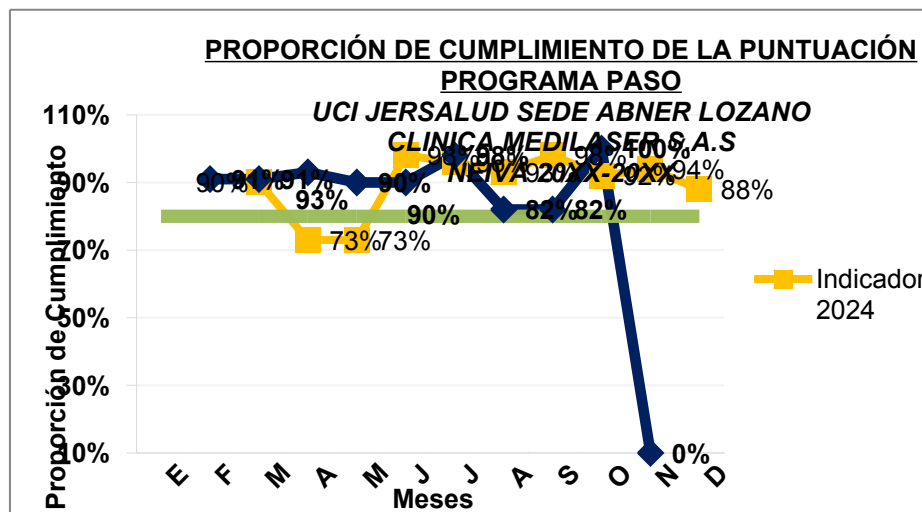
6. Instalaciones locativas

INSPECCIÓN DE INSTALACIONES LOCATIVAS GENERAL

Se realiza inspección de instalaciones locativas, evidenciando lo siguiente según los módulos evaluados:

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

- Se realiza observación al personal sobre el uso del tapabocas en la jornada de trabajo.
- En este tomamos como base la medición del programa paso del 95% para el mes de diciembre de 2025.



a. Auditorías a Proveedores Realizadas

Para el año 2025 se programaron un total de 14 auditorías a proveedores:

Equivida Salud Ocupacional Sas: 100%
 Odontosalud De Colombia Sas: 80%
 Smart Bussines Sas
 Unidad De Diagnostico Sas: 93%
 Descont Sas: 100%
 Biomolecular: 96%
 Visionamos:
 Miomed Sas: 72%
 Minutricion: 99%
 Farmaquirurgicos Jm Sas:
 Multiservicios Estratégicos De Colombia Mec: 90%
 Incinerados Del Huila Sas E S P Incihuila S A S E S P: 98%
 Manufacturas Fénix Internacional Sas: 95%
 Red plus: 94%

Para la vigencia 2025 se presenta un cumplimiento del 78% sobre el programa de auditoría a proveedores para la cual de 14 auditorías programadas se ejecutaron 11, el cumplimiento global de los proveedores a los requisitos evaluados fue del **92%**, los cuales se relacionan en la siguiente grafica.



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



En relación con las auditorías no ejecutadas se presenta los siguientes proveedores

PROVEEDOR	RESPONSABLE
Smart Bussines SAS	Rocio Rios
Farmaquirurgicos Jm Sas	Carlos Rodríguez
Visionamos	Diana Barrera



b. Auditorías Externas Recibidas

SUCURSAL	ENTES QUE REALIZA AUDITORIA	FECHA DE LA AUDITORIA	TEMAS TRATADOS	%	HALLAZGOS RELEVANTES U OBSERVACIONES
Boyacá-sede Tunja	SAC Consultin g	12 de noviembre de 2025	Verificar lista de chequeo de Generalidades de habilitación.	97%	Se verifica cumplimiento del 97% de lista de chequeo.No se requiere plan de mejoramiento.
Boyacá-sede Moniquirá	SAC Consultin g	19 de noviembre de 2025	Verificar lista de chequeo de Generalidades de habilitación.	96%	Se verifica cumplimiento del 96% de lista de chequeo.No se requiere plan de mejoramiento.
Boyacá-sede Soata	SAC Consultin g	01 de diciembre de 2025	Se recibe visita, sin embargo, no hay entrega de informe por renuncia de la auditora.	NA	NA
Boyacá-sede Guateque	SAC Consultin g	20 de noviembre de 2025	Verificar lista de chequeo de Generalidades de habilitación.	97%	Se verifica cumplimiento del 97% de lista de chequeo. No se requiere plan de mejoramiento.
Boyacá-sede Garagoa	SAC Consultin g	21 de noviembre de 2025	Verificar lista de chequeo de Generalidades de habilitación.	98%	Se verifica cumplimiento del 98% de lista de chequeo.No se requiere plan de mejoramiento.
Boyacá-sede Miraflores	SAC Consultin g	24 de noviembre de 2025	Verificar lista de chequeo de Generalidades de habilitación.	98%	Se verifica cumplimiento del 98% de lista de chequeo.No se requiere plan de mejoramiento.



Boyacá-sede Chiquinquirá	SAC Consultin g	14 de noviembre de 2025	Verificar lista de chequeo de Generalidades de habilitación.	99%	Se verifica cumplimiento del 99% de lista de chequeo. No se requiere plan de mejoramiento.
Boyacá-sede Sogamoso	SAC Consultin g	26 de noviembre de 2025	Verificar lista de chequeo de Generalidades de habilitación.	100%	Se verifica cumplimiento del 100% de lista de chequeo.No se requiere plan de mejoramiento.
Boyacá-sede Duitama	SAC Consultin g	27 de noviembre de 2025	Verificar lista de chequeo de Generalidades de habilitación.	100%	Se verifica cumplimiento del 100% de lista de chequeo.No se requiere plan de mejoramiento.

SUCURSAL	ENTES QUE REALIZA AUDITORIA	FECHA DE LA AUDITORIA	TEMAS TRATADOS	%	HALLAZGOS RELEVANTES U OBSERVACIONES
Meta-Sede Granada	Secretaria de Salud Municipal	01/12/2025	Se recibe asistencia técnica el día 01 de diciembre de 2025, cuyo objetivo fue realizar verificación de la adherencia a la Resolución 2350 de 2020 para la atención integral de la desnutrición aguda en el menor de 5 años. Compromisos: Ajustar cronograma de capacitación actualización y/o evaluación de adherencia del talento humano a la Resolución 2350 de 2020 de manera trimestral. Instalar correctamente los tallímetros de pared con sistema rodante Realizar adquisición de un infantómetro y pesabebés puesto que solo cuentan con uno que se comparten entre consultorios.	95%	



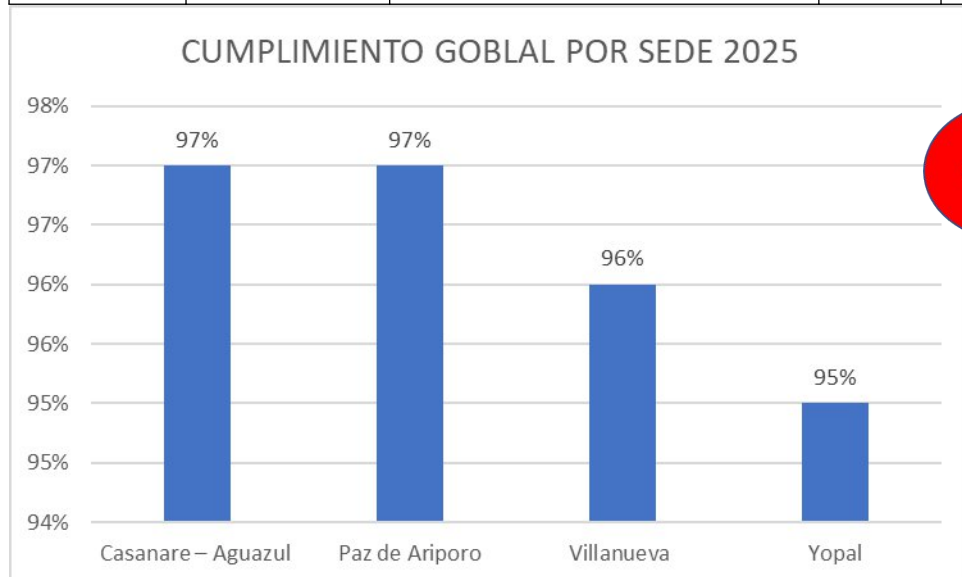
Meta-Sede Granada	Secretaría de Salud Municipal	09/12/2025	Se recibe asistencia técnica el día 09 de diciembre de 2025, cuyo objetivo fue verificar desarrollo de capacidades en la implementación de rutas de atención de los eventos de Derechos sexuales y reproductivos. Compromisos: Seguir con la implementación de rutas de atención de los derechos sexuales y reproductivos	NA	
Meta-Sede San Martín	Ministerio de salud y protección social	23/12/2025	Se recibe asistencia técnica el día 23 de diciembre de 2025, cuyo objetivo fue aplicar instrumento para asistencia técnica a prestadores de servicios de salud públicos y privados, programa de tuberculosis. Compromisos: Fortalecer la captación de sintomáticos respiratorios. (Plan de Mejoramiento)	NA	
Meta-Sede Acacias	Secretaría Municipal de Salud	29/12/2025	Se recibe visita de inspección de factores de riesgo de ETV en establecimientos especiales.	NA	
Meta-Sede Acacias	Ministerio de salud y protección social	29/12/2025	Se recibe asistencia técnica el día 29 de diciembre de 2025, cuyo objetivo fue realizar seguimiento al cumplimiento de compromisos según asistencia técnica 01 del 11 de Julio de 2025 a la IPS Jersalud Municipio de Acacias. Compromisos: Evaluar situación nutricional de las gestantes. Disposición de tallímetros en los consultorios.	N/A	
Meta Sede Villavencio	Secretaría Departamental del Meta	16/12/2025	Se recibe asistencia técnica el día 16 de diciembre de 2025, cuyo objetivo fue evaluar programa Institucional de farmacovigilancia a través de la escala de Henri, herramienta de Evaluación numérica para Raking de implementación del programa antes mencionado. Se genera plan de mejora en DARUMA en conjunto con líderes de farmacia, de acuerdo con situaciones que afectan el cumplimiento de la normatividad vigente, protocolos, guías, entre otros.	Concepto: No implementado con un 40%	
Meta Sede Villavencio	SIES Salud	04/12/2025	Se recibe auditoría el día 4 de diciembre de 2025, cuyo objetivo fue verificar y evaluar el cumplimiento de los procesos, procedimientos frente a la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en la Resolución	100%	



	Jersalud S.A.S.		3100 de 2019. Sin hallazgos Pendiente revisión de contrato y póliza.		
Meta Sede Villavicencio	FOMAG	04/12/2025	Se recibe visita por parte de FOMAG, el día 3 de Diciembre de 2025, cuyo objetivo fue realizar auditoria integral a la IPS Primaria priorizada Jersalud con el fin de identificar las causas de inoportunidad en la prestacion de servicios de salud y en la atencion al usuario, para establecer y acompañar la implementación de un plan de mejora que permita reducir la tasa de PQRD relacionadas con oportunidad y mejorar la experiencia del usuario, en cumplimiento de la medida cautelar emitida por la Superintendencia Nacional de Salud. Compromisos: Garantizar apertura de agendas de todos los servicios de puerta de entrada (Medicina General, PYM, Odontología, psicología y trabajo social) y reportar a FOMAG ordenes mal transcritas provenientes de prestadores externos, para su respectivo seguimiento y mejora del proceso.	NA	

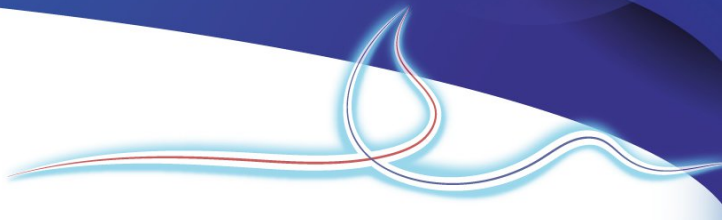


SUCURSAL	ENTES QUE REALIZA AUDITORIA	FECHA DE LA AUDITORIA	TEMAS TRATADOS	%	HALLAZGOS RELEVANTES U OBSERVACIONES
Casanare Aguazul	SAC CONSULTING	28/11/2025	Auditoría integral bajo el Modelo de atención del Magisterio; en el marco del contrato No. 12076-2452-2025	98%	Único hallazgo- No cuenta con planta eléctrica
Casanare Aguazul	SAC CONSULTING	05/12/2025			
Casanare Aguazul	SAC CONSULTING	05/12/2025		100%	



Fuente del Dato: Informes de auditorías externas

Se recibieron 2 auditorías por parte de FOMAG a la sede de Villanueva y Yopal el día 02 de diciembre del 2025, sin embargo, a la fecha 13/01/2026 la Auditora no ha hecho entrega del informe de cierre de la visita.



Sucursal Meta

Para la vigencia 2025, en la sucursal Meta se recibieron en total 90 visitas de entes de control discriminadas de la siguiente manera:

52 DYG, 38 otros entes de control (secretaria Municipal, Departamental, FOMAG)

Evidenciando un cumplimiento global del 94%

Se entrega el 100% de los soportes solicitados, los principales temas auditados fueron:

Verificación de Ruta nutricional en menores de 5 años- Resolución 2350 de 2020 (Disponibilidad de FTLC).

Inspección y vigilancia sanitaria

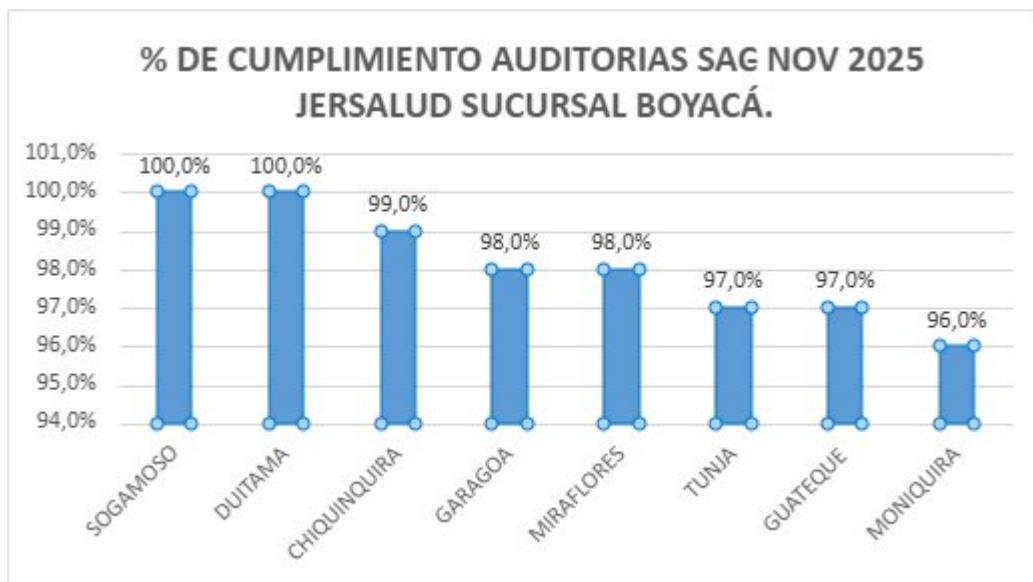
Seguimiento a rutas integrales de atención: Primera infancia (Seguimiento a cohortes), infancia, adolescencia (Envío de preservativos), juventud, adultez (Tamizaje hepatitis B) y vejez (valoración higiene oral, prueba hepatitis C.

Asistencia técnica guía al menor y a la mujer maltratada.

Asistencia técnica programa TB y Lepra (Captación de sintomáticos respiratorios y de piel), alternativas terapéuticas por desabastecimiento de tetraconjugado.)

Es importante mencionar el compromiso institucional con la Planeación, ejecución, verificación y mejora de los procesos, minimizando la materialización de riesgos relacionados con cierre de sedes, servicios y/o sanciones monetarias.

Sucursal Boyacá

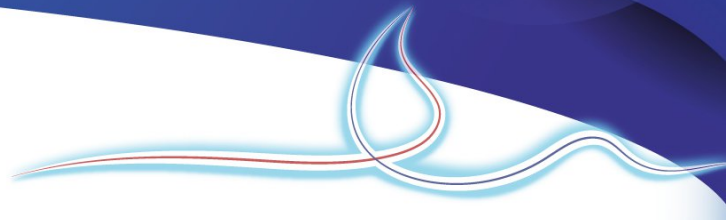


Fuente: Actas SAC Consulting Sucursal Boyacá - 2025

En noviembre se recibieron auditorías de la nueva empresa contratada por FOMAG llamada SAC Consulting en 8 de las 9 sedes con lista de chequeo general de habilitación (202 criterios) con un cumplimiento global del 98%, superando el umbral del 95%, por lo que no se proyectan planes de mejora. Estos resultados reflejan un alto compromiso institucional con los procesos de calidad en sus estándares de habilitación.



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



ANÁLISIS ANUAL 2025 - AUDITORIAS EXTERNAS

Durante el año 2025, la sucursal Boyacá fue objeto de auditorías externas temáticas y generales, realizadas por el ente auditor D&G y SAC Consulting, orientadas a verificar el cumplimiento de programas prioritarios en salud pública, gestión del riesgo y habilitación.

Los resultados obtenidos evidencian un desempeño institucional sólido y consistente, con niveles de cumplimiento globales entre el 95 % y el 100 %, y un promedio regional del 98 %, lo que posiciona a la organización en un escenario favorable de cumplimiento normativo y técnico.

Resultados clave frente al ente auditor

- Cumplimiento total (100 %) en programas críticos, tales como: ECIS, Nutrición y Lactancia, Programa Nutricional.
- Cumplimientos superiores al 98 % en programas de alto impacto sanitario: Dengue y Fiebre Amarilla (98 %), Zika y Chikunguña (98 %), EDA-ERA (99 %), IVE y Salud Mental (99 %).
- Habilitación General: cumplimiento del 98 %, evidenciando adecuada preparación institucional para procesos de inspección, vigilancia y control.

Estos resultados confirman la efectividad de los controles internos, la estandarización de procesos y la articulación entre sedes, factores claves para el desempeño durante auditorías externas.

Las variaciones menores observadas en algunas sedes (rangos entre 91 % y 94 %) fueron puntuales y no críticas, sin comprometer el cumplimiento global ni generar hallazgos mayores por parte del ente auditor. Dichas variaciones se asocian principalmente a condiciones operativas locales y no a incumplimientos estructurales.

El comportamiento homogéneo de la mayoría de las sedes evidencia una madurez institucional en la gestión de auditorías, con capacidad para responder de manera oportuna y documentada a los requerimientos del ente evaluador.

Las visitas de seguimiento realizadas por entes de control municipal o departamental, se evidencia un desempeño institucional altamente satisfactorio, con niveles de cumplimiento superiores al 95 % y alcanzando el 100 % en los procesos evaluados.

Los resultados reflejan una adecuada implementación de los lineamientos técnicos y normativos, así como un funcionamiento consistente de los sistemas de calidad, seguridad del paciente y vigilancia en salud pública, rutas integrales de atención, sin identificarse hallazgos críticos que comprometan la operación o el cumplimiento regulatorio.

Este desempeño observado nos posiciona como un actor confiable frente a los entes de control, con procesos estables, capacidad de respuesta oportuna y una gestión orientada al mejoramiento continuo.

4.8 Satisfacción de usuarios

En conjunto, durante el 2025 la proporción de la satisfacción de los usuarios de la IPS Jersalud de las sedes Boyaca, Casanare y Meta en promedio anual estimado se sitúa alrededor del 97%, superando cómodamente la meta del 95% y evidenciando una gestión del servicio positiva, aunque con oportunidades claras de mejora en la estabilidad del indicador. Los meses críticos (febrero, marzo, agosto y octubre).

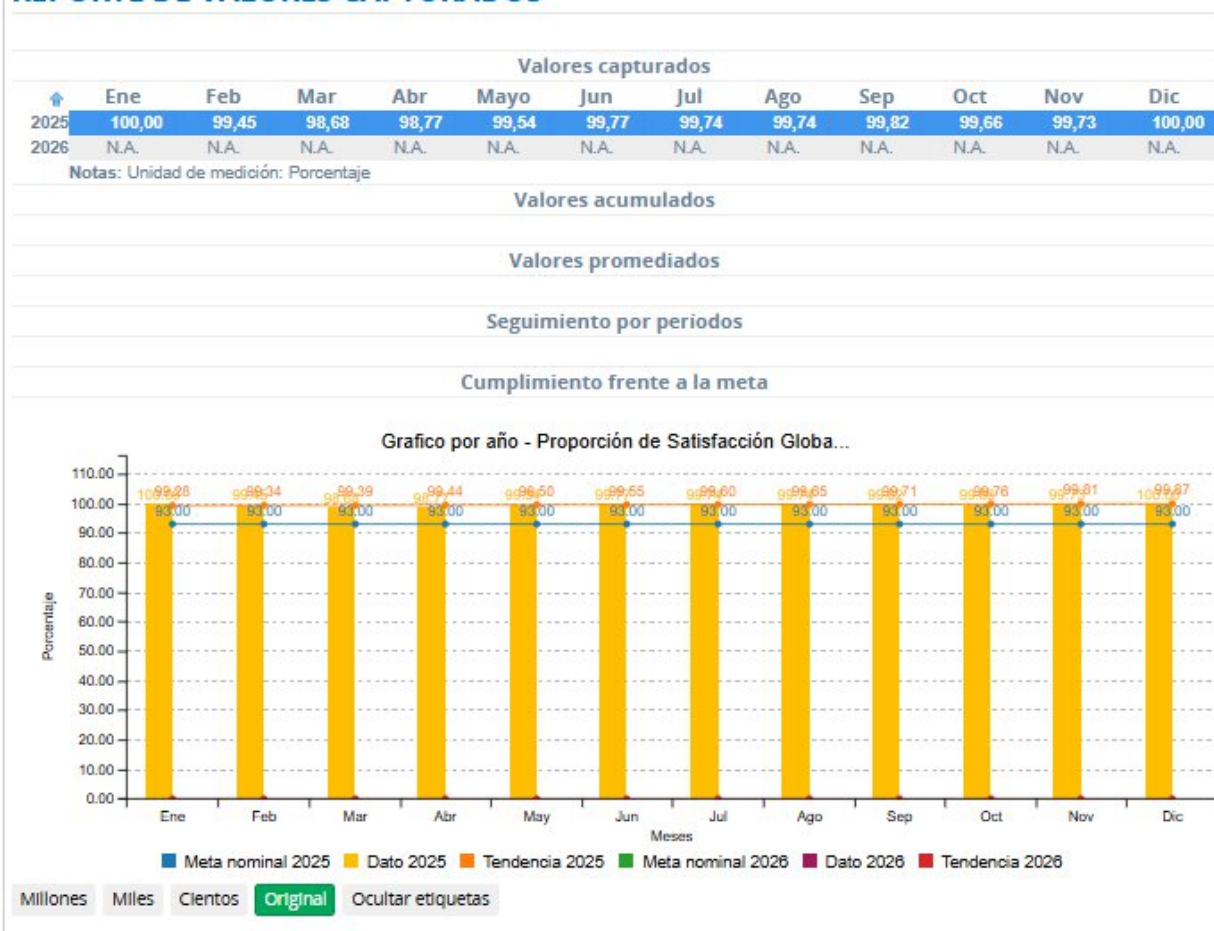
Frente a la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la IPS? Los usuarios de las diferentes sedes y sucursales respondieron:



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

4.8.1.1 Proporción de Satisfacción Sucursal Casanare

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Fuente: Tablero de Indicadores de Calidad Daruma

Análisis: Durante el año 2025, la satisfacción global de los usuarios en el departamento del Casanare se mantuvo alta y estable, alcanzando un promedio anual cercano al 99,6%, con valores superiores a la meta en los doce meses del año. La consistencia del comportamiento mensual refleja un desempeño sólido en los procesos de atención y una percepción altamente favorable por parte de los usuarios.

La menor medición del año se registró en marzo (98,68%), sin representar un riesgo real para el cumplimiento, dado que la variación total del año fue mínima (solo 1,32 puntos porcentuales). A partir del segundo trimestre se observa una recuperación y estabilización con valores sostenidamente superiores al 99,5%.

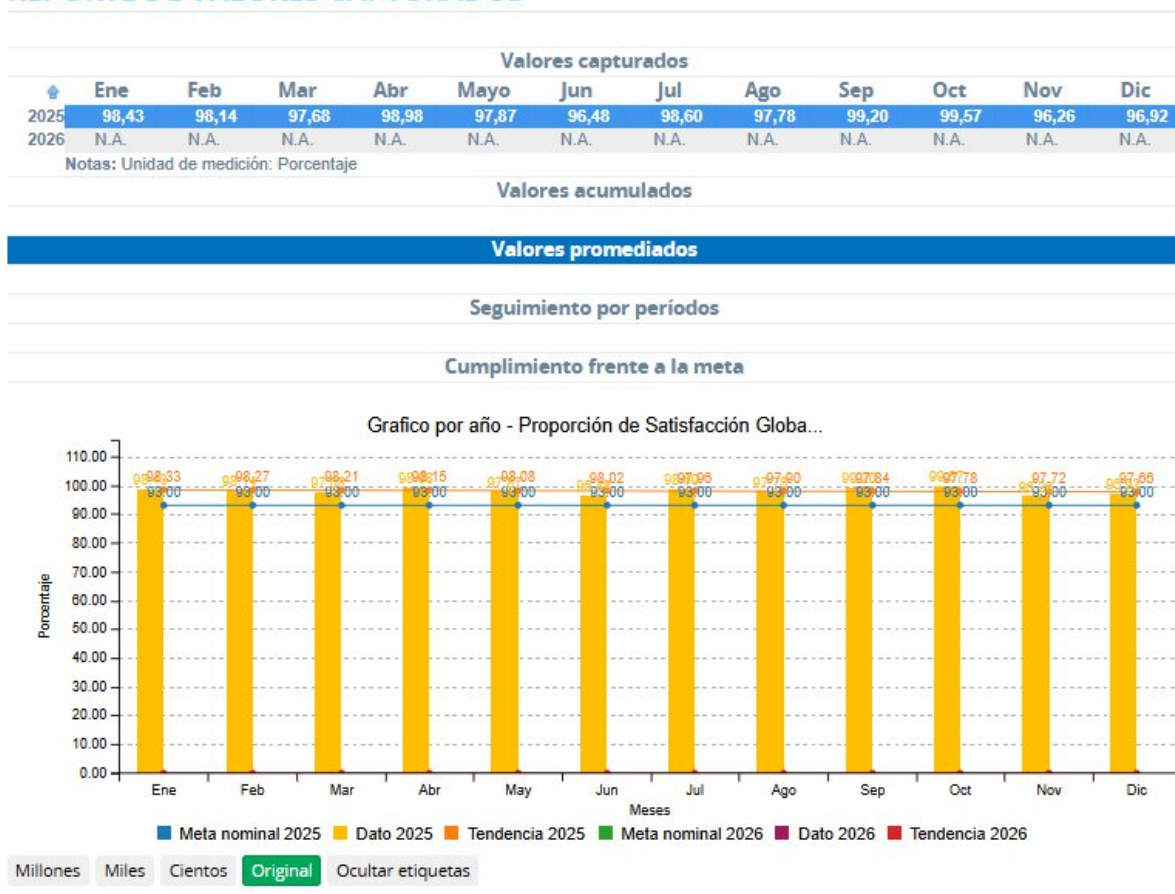
En conjunto, el comportamiento trimestral muestra una tendencia positiva, con mejor desempeño en el segundo semestre, especialmente entre julio y octubre, meses en los que se alcanzan valores cercanos a 99,8%. El logro de un cumplimiento del 100% frente a la meta anual refleja eficacia en la gestión institucional y una adecuada alineación entre talento humano, procesos y experiencia del usuario.

Estos resultados confirman que la organización cuenta con procesos maduros y bien estructurados en materia de servicio y humanización. No obstante, mantener niveles tan altos exige fortalecer acciones de monitoreo fino y análisis cualitativo para identificar pequeñas oportunidades de mejora y garantizar que el estándar se mantenga.



4.8.1.2 Proporción de Satisfacción Sucursal Meta

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Fuente del Dato: Tablero de indicadores gestión de calidad

Análisis: Durante el mes de Diciembre en la sucursal Meta, se realizaron en total 810 encuestas de satisfacción de las cuales 788 evidencian calificación buena y muy buena correspondiente al 96.91%, de satisfacción global en los usuarios.

Durante el año 2025, la sede del Departamento del Meta presentó un nivel de satisfacción global bueno, con un promedio anual de 98%, aunque con variaciones más marcadas respecto al comportamiento general de la organización. La satisfacción mostró meses sobresalientes, pero también periodos críticos que afectaron la estabilidad de los resultados.

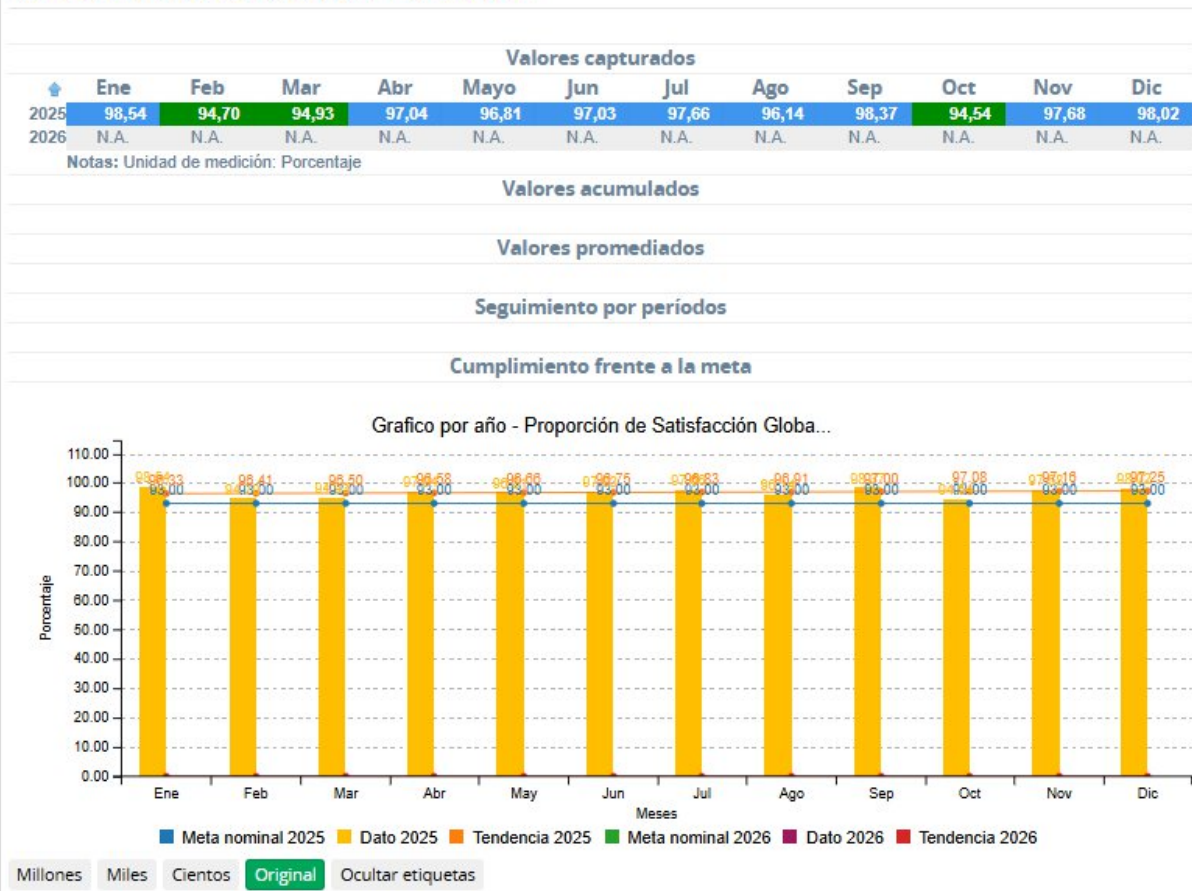
El año inició con valores altos cercanos al 98%–99%, pero se observaron descensos significativos en junio (96,48%), noviembre (96,26%) y diciembre (96,92%), que constituyen los puntos más bajos del año. Estos meses explican la mayor parte de la variabilidad anual, que fue de 3,31 puntos porcentuales, superior a la presentada a nivel global institucional.

A pesar de estos descensos, la sede cumplió la meta nominal del 95%, El mejor desempeño se registró entre septiembre y octubre, con picos de 99,20% y 99,57%, respectivamente.



3.5.1.4. Proporción de Satisfacción Sucursal Boyacá

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Fuente del Dato: Tablero de indicadores gestión de calidad

Análisis: El mes de Diciembre de 2025 la Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS- Jersalud Boyacá es del 98%, correspondiente a 1157 Usuarios de 1170 Encuestados que respondieron muy buena o buena la pregunta "¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la IPS?"

Durante el año 2025, el Departamento de Boyacá presentó un comportamiento de satisfacción mayoritariamente favorable, logrando cumplir la meta institucional del 95% en los 12 meses del año. Esto indica que, a pesar de las fluctuaciones mensuales, la sede mantuvo un estándar de servicio adecuado y dentro de los niveles esperados.

Los valores mensuales oscilaron entre 94,54% y 98,54%, con solo un mes (octubre: 94,54%) levemente por debajo de la meta; sin embargo, la diferencia fue mínima (-0,46 pp) y no afecta el cumplimiento global del período. La mayoría de los meses se mantuvieron entre 96% y 98%, demostrando estabilidad general en la percepción del usuario.

El desempeño trimestral muestra que el primer trimestre tuvo algunas disminuciones (febrero y marzo), pero hubo recuperación sostenida en abril, mayo y junio. El tercer trimestre (julio–septiembre) fue el más sólido, con resultados entre 97% y 98,37%. Aunque en octubre se evidenció la mayor caída del año, la sede logró recuperarse rápidamente en noviembre y diciembre, cerrando nuevamente por encima del 97%.



2. Proporción de Satisfacción de Clientes Corporativos



Fuente del Dato: Encuesta de cliente corporativo Daruma

Análisis: El resultado obtenido en la encuesta de satisfacción de clientes corporativos aplicada en agosto de 2025 fue del 100% respondió de acuerdo.

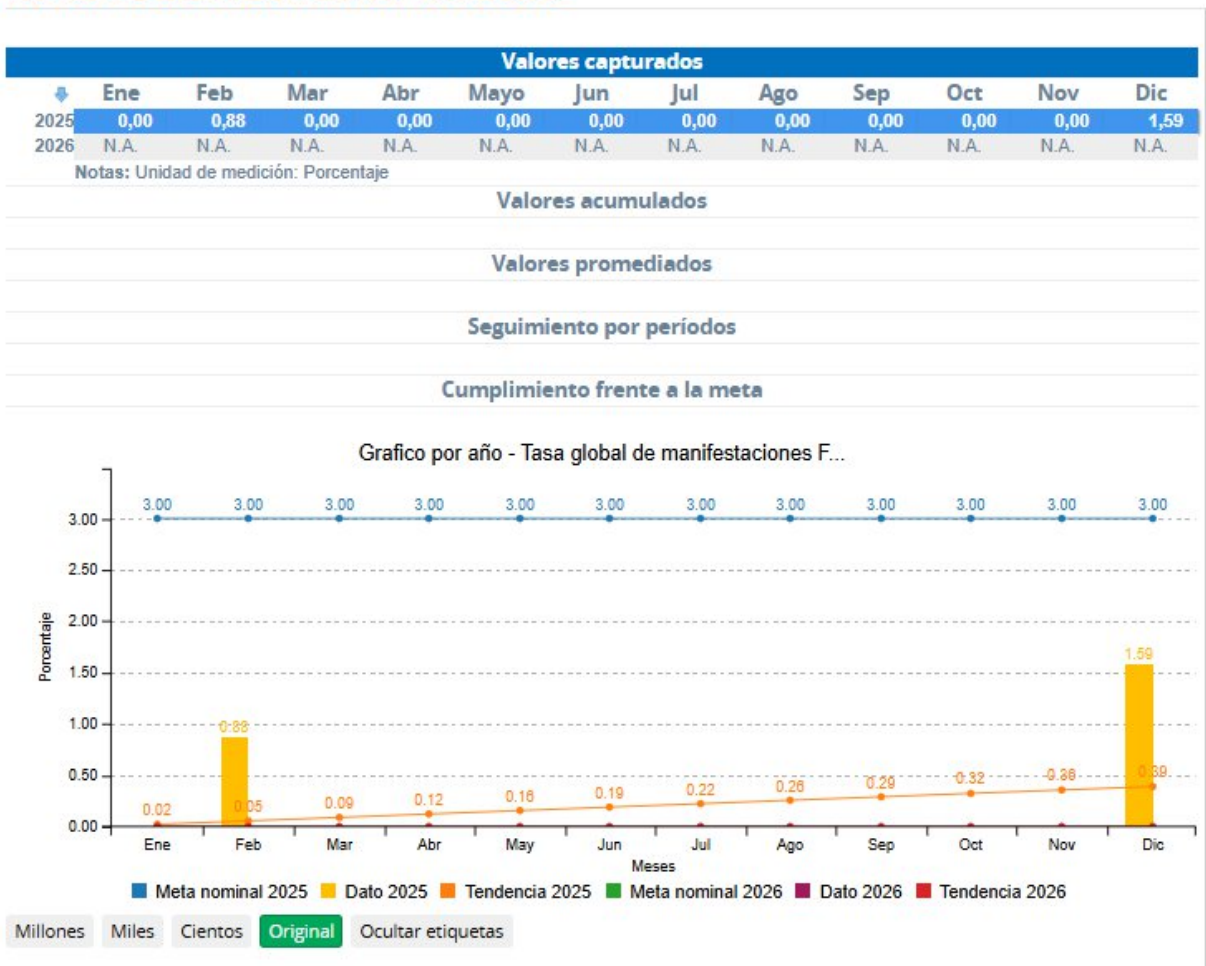
5 Tasa de manifestaciones

Las Sucursales Boyacá, Casanare, Neiva y Meta cerraron el 2025 con un cumplimiento total del indicador de PQRS, sosteniendo cifras muy por debajo de la meta de 3.0 durante los 12 meses del año. El comportamiento global es estable, positivo y seguro, con ligeras variaciones propias del ciclo operativo anual. Los resultados posicionan a Casanare como una sucursal con gestión efectiva de la experiencia del usuario, procesos maduros y excelente capacidad para contener y resolver manifestaciones.



5.1.1.1 Tasa de manifestaciones Sucursal Neiva

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Fuente del Dato: Tablero de indicadores gestión de calidad

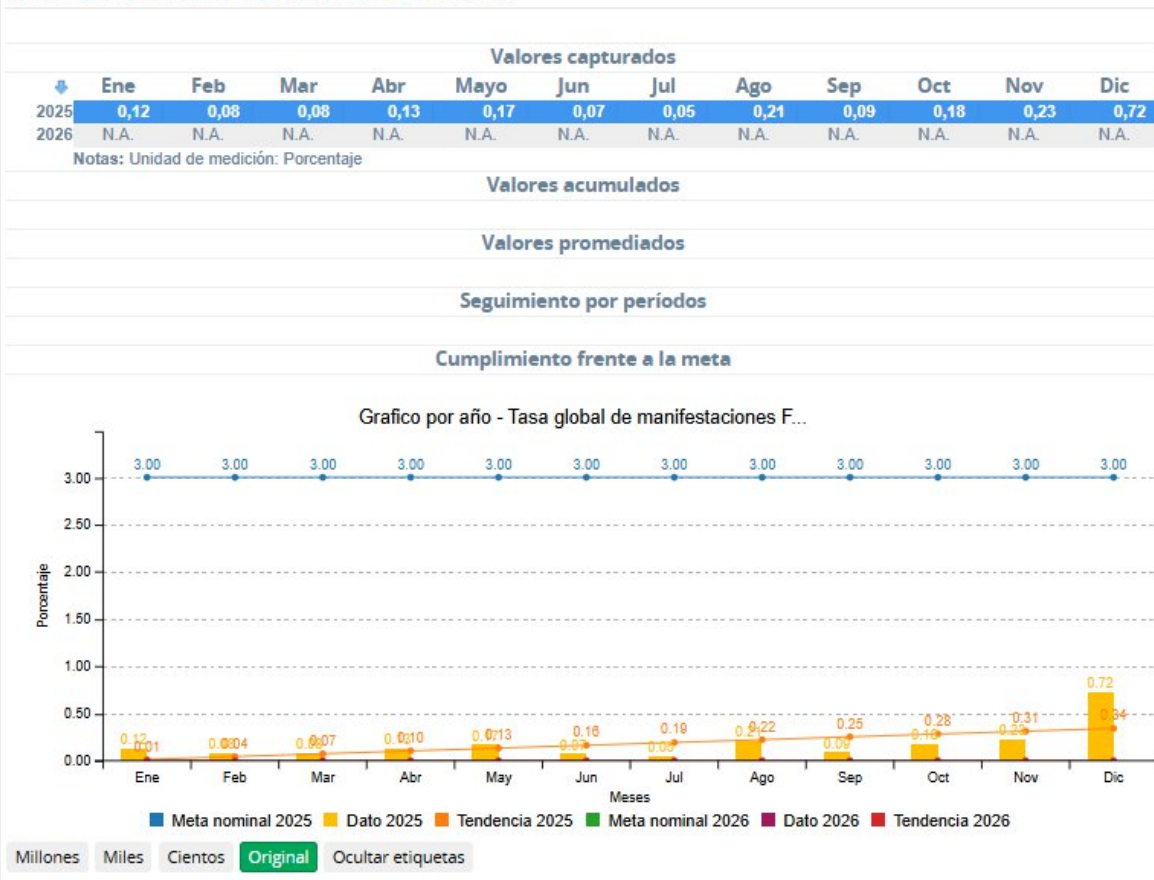
Análisis: Durante el mes de diciembre, se registra una manifestación frente a 63 atenciones, la tasa global de satisfacción en la UCI Jersalud fue de 1,59, valor que se encuentra por debajo de la meta establecida (3). Este resultado indica un buen nivel de satisfacción de los usuarios, reflejando percepción positiva frente a la atención recibida, el desempeño del equipo asistencial y la calidad del servicio prestado.

Durante el año 2025, la UCI de sede Neiva presentó un desempeño sobresaliente en la gestión de manifestaciones (PQRS), manteniéndose muy por debajo de la meta institucional del 3.0 en todos los meses del año. Este comportamiento evidencia un adecuado control de la experiencia del usuario y del paciente crítico, así como una respuesta efectiva a las expectativas en un entorno de alta complejidad asistencial.

En términos generales, la UCI reportó 10 meses con tasa igual a 0, lo cual representa ausencia total de manifestaciones formales en la mayor parte del año. Solo se registraron PQRS en febrero (0,88) y diciembre (1,59), valores que representan apenas el 29% y 53% del límite permitido, respectivamente, y que no comprometen el cumplimiento del indicador. El promedio anual fue de 0,20, cifra ampliamente favorable frente a la meta.



REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Fuente: Tablero de indicadores Calidad Daruma

Análisis: Para el mes de diciembre del 2025 se recibieron 12 manifestaciones frente a 7155 atenciones, para un indicador de 1.68%

Durante el año 2025, la Sucursal Casanare presentó un desempeño altamente favorable en la gestión de manifestaciones (PQRS), manteniendo todos los meses del año por debajo de la meta institucional de 3.0. Esto refleja un adecuado control de la experiencia del usuario y estabilidad en los procesos de atención en las sedes del departamento.

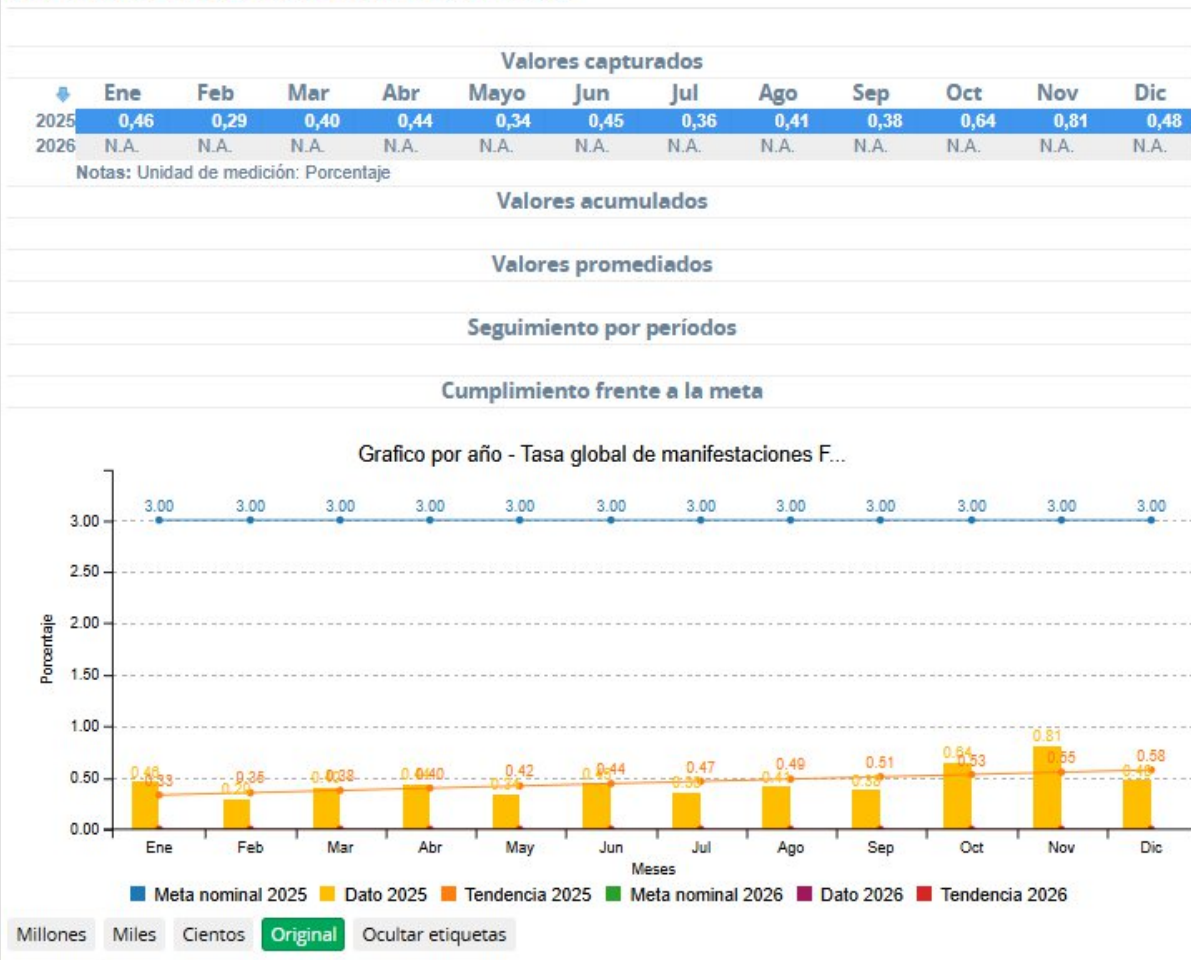
Los valores registrados oscilaron entre 0,05 y 0,72, con un promedio anual de 0,18, equivalente a apenas el 5,9% del umbral máximo permitido. El mes con mayor tasa fue diciembre (0,72), seguido de aumentos leves en noviembre (0,23) y octubre (0,18); sin embargo, estos incrementos se mantuvieron muy lejos de representar riesgo de incumplimiento. El resto del año mostró niveles bajos y estables, especialmente en julio (0,05), el valor más bajo del periodo.

El comportamiento trimestral confirma esta estabilidad:

Este desempeño sugiere que las sedes de Casanare mantienen procesos organizacionales adecuados, comunicación efectiva con los usuarios y una correcta gestión de necesidades y solicitudes. No obstante, el incremento progresivo hacia el cierre del año indica la conveniencia de revisar factores como: medicamentos pendientes y oportunidad de citas en particular para la sede Villanueva.



REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Fuente del Dato: Tablero de indicadores gestión de calidad

Análisis: Durante el mes de diciembre se presentaron en total 61 manifestaciones y 3 felicitaciones frente a 11332 usuarios atendidos correspondiente a un indicador de tasa de 0.47% . 38 para el S Farmaceutico, 18 para consulta externa por agendamiento de ecografías y audiometria, 4 para terapias y 1 para odontología. La ciudad con mas PQRS fue Villavicencio con 49, seguido de granada con 9 y acacias 2, granada y san martin con 1

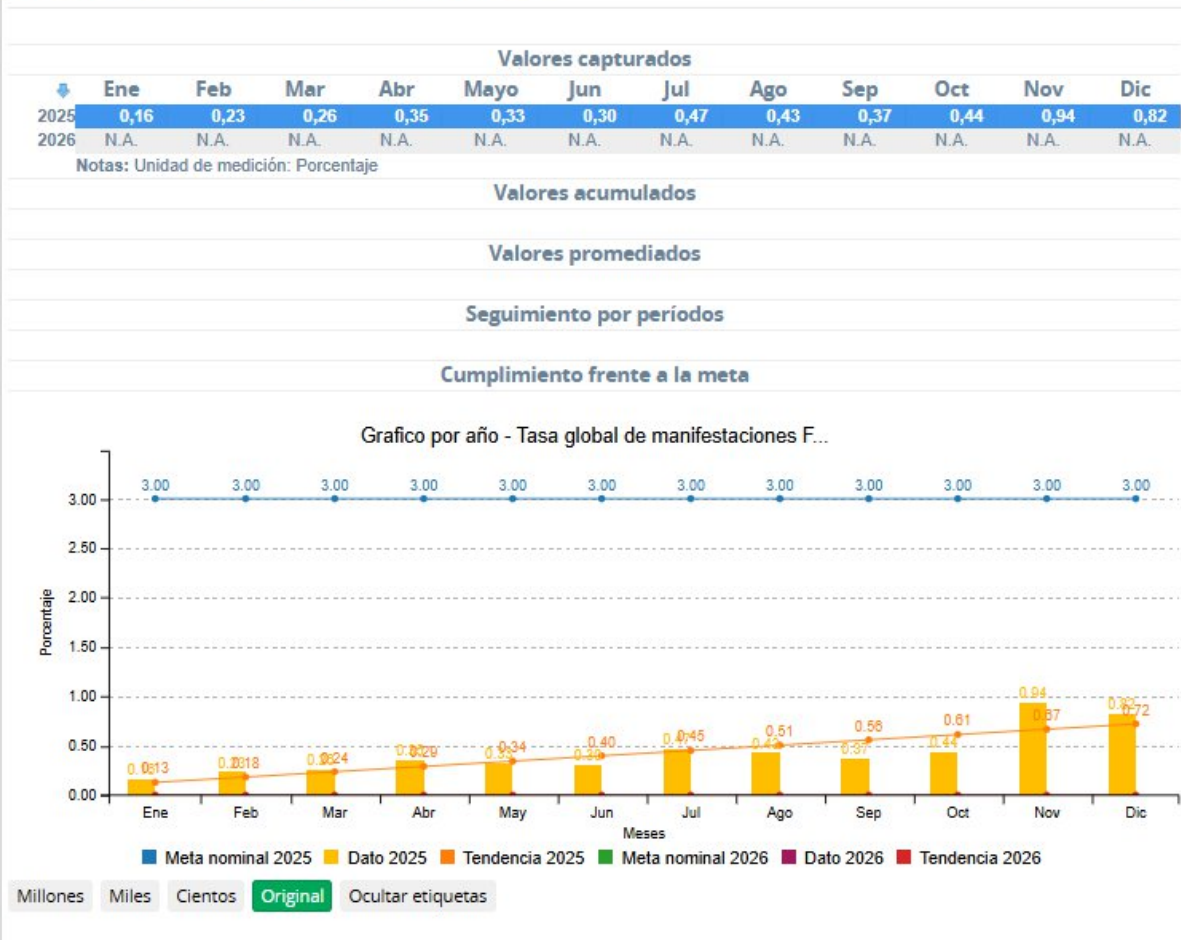
Durante el año 2025, la Sucursal Meta presentó un desempeño altamente favorable en la Tasa de Manifestaciones (PQRS), manteniéndose muy por debajo de la meta institucional del 3.0 en los 12 meses del año. Los resultados reflejan un adecuado manejo de la experiencia del usuario, buena gestión de quejas y una operación estable en los servicios de la sucursal. Todas las mediciones se mantuvieron muy por debajo del umbral, lo que evidencia control sostenido del indicador.

Los valores oscilaron entre 0,29 (mínimo en febrero) y 0,81 (máximo en noviembre). No obstante, el incremento progresivo hacia el cierre del año indica la conveniencia de revisar factores como: medicamentos pendientes y oportunidad de citas.



3. Tasa de manifestaciones Sucursal Boyacá

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Fuente del Dato: Tablero de indicadores de Calidad Daruma

Análisis: En el departamento de Boyacá, durante el mes de diciembre de 2025, se registraron un total de 158 manifestaciones. De estas: 98 correspondieron al servicio farmacéutico, 41 fueron manifestaciones relacionadas con la prestación de servicios de consulta externa, 4 para el área administrativa. 12 Para el servicio de terapias. Laboratorio 1 y odontología 2. La sede con mayor número de manifestaciones fue Tunja con 96, seguido de Sogamoso con 24 y Duitama con 12, Moniquirá con 7, Chiquinquirá con 9, Puerto Boyacá con 05 y Guateque con 3. El motivo de manifestación más recurrente fue los medicamentos pendientes. Se observa un aumento en el indicador a 0.81

Durante el año 2025, la Sucursal Boyacá presentó un desempeño altamente favorable en la Tasa de Manifestaciones (PQRS). En todos los meses del año, el indicador se mantuvo muy por debajo de la meta institucional de 3.0, evidenciando estabilidad en la atención, adecuado manejo de requerimientos y una gestión oportuna de la experiencia del usuario.

Los valores mensuales oscilaron entre 0,16 (enero) y 0,94 (noviembre). El promedio anual se ubicó alrededor de 0,43, equivalente al 14% del límite máximo permitido, confirmando un desempeño sólido. Ningún mes presentó riesgo de sobrepasar la meta; incluso el valor más alto (0,94) permanece muy por debajo del umbral de 3.0.



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

Entre enero y julio, el indicador se mantuvo estable y bajo, con valores muy controlados. A partir de agosto, se observa un incremento progresivo, alcanzando su punto máximo en noviembre (0,94). Aunque el último trimestre presenta un repunte moderado, sigue siendo un comportamiento seguro y dentro de los niveles aceptables.

4. Sede Neiva

Eventos Adversos

GRÁFICA 53. TOTAL, DE CASOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI



EVENTOS: Indicador de **eventos adversos UCI Jersalud:** durante el período evaluado de diciembre, se presentaron **2 eventos en 63 pacientes**, lo que corresponde a una **tasa de 3,17%**, ligeramente por encima de la **meta establecida (3%)**. Los eventos correspondieron a **dos lesiones por presión**, atribuibles principalmente a la **condición clínica y patología de base de pacientes oncológicos**, quienes presentan mayor riesgo por su estado general, inmovilidad y fragilidad cutánea.

Incidentes:

Valores capturados												
↓	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2024	12,20	23,46	34,78	27,85	8,60	8,60	4,17	10,39	9,68	7,41	9,84	5,88
2025	5,48	3,51	5,80	7,25	17,91	5,66	11,32	7,25	6,45	3,08	4,05	3,17

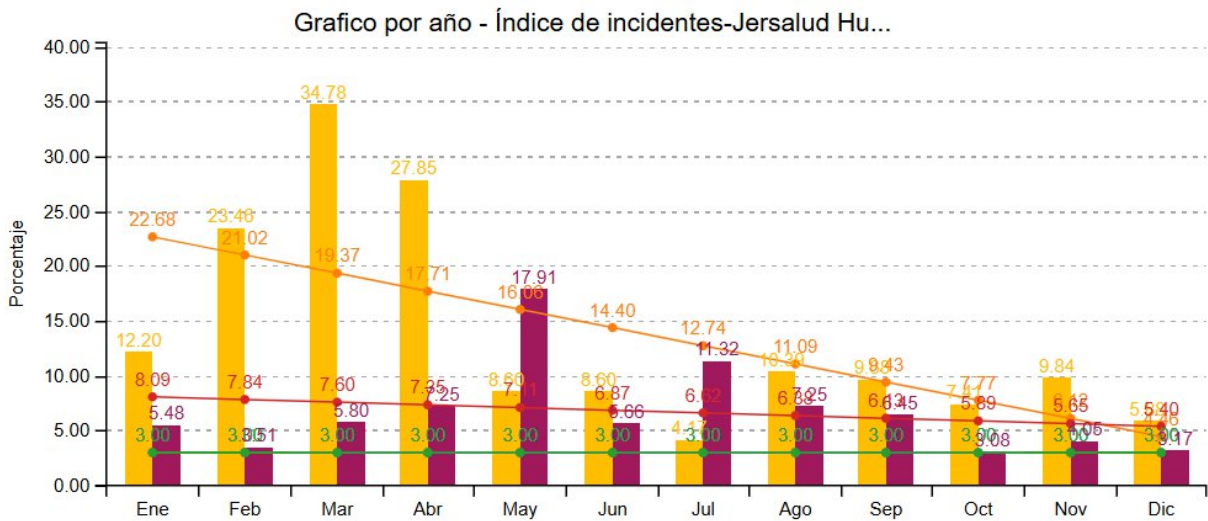
Notas: Unidad de medición: Porcentaje

Valores acumulados

Valores promediados

Seguimiento por períodos

Cumplimiento frente a la meta



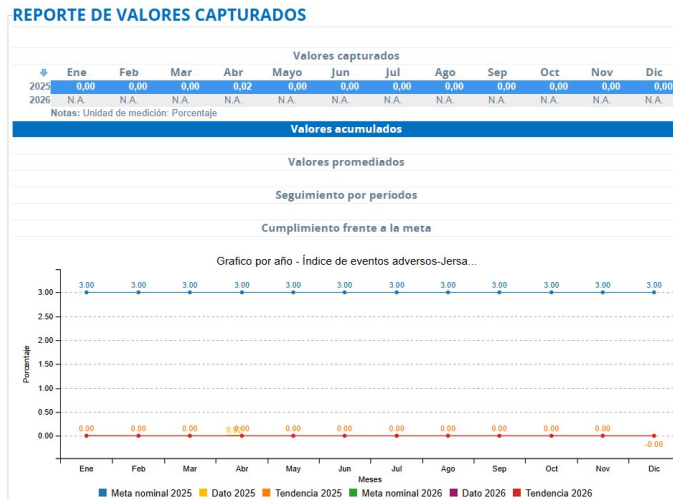
Fuente del Dato: Tablero de indicadores de Calidad

Incidentes: en el mes de diciembre, Se presentaron **2 incidentes en 63 pacientes**, equivalente a una **tasa de 3,17%**, ligeramente superior a la **meta establecida del 3%**. Estos eventos estuvieron asociados a **demoras en la atención y procesos asistenciales**, sin relación directa con eventos adversos clínicos.



5. Sucursal Casanare

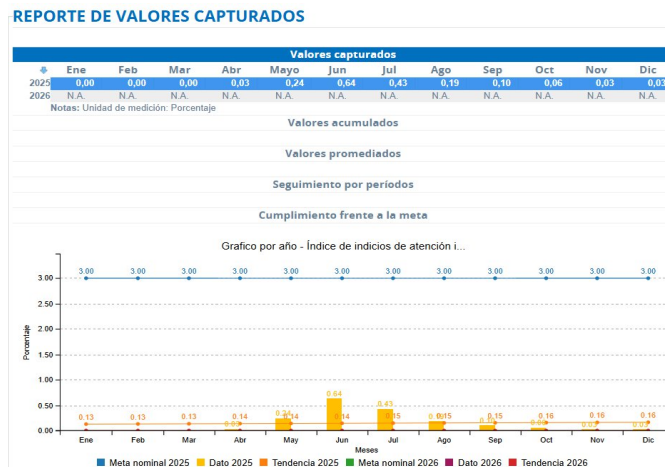
Índice de eventos adversos – Jersalud Casanare.



Fuente del Dato: Tablero de indicadores de Calidad Daruma

Análisis: Durante el mes de diciembre no se reportaron eventos adversos en ninguna de las sedes de la sucursal Casanare, lo cual puede interpretarse como un resultado favorable en términos de seguridad del paciente. No obstante, se resalta la importancia de continuar fortaleciendo la cultura del reporte, ya que la ausencia de notificaciones no necesariamente indica ausencia de riesgos, sino que también podría estar relacionada con subregistro o fallas en los procesos de detección y notificación. Para la vigencia del año 2025 se recibieron 1 reportes de eventos adversos de las 66.254 atenciones cumplidas del periodo.

Índice de indicios de atención insegura – Jersalud Casanare



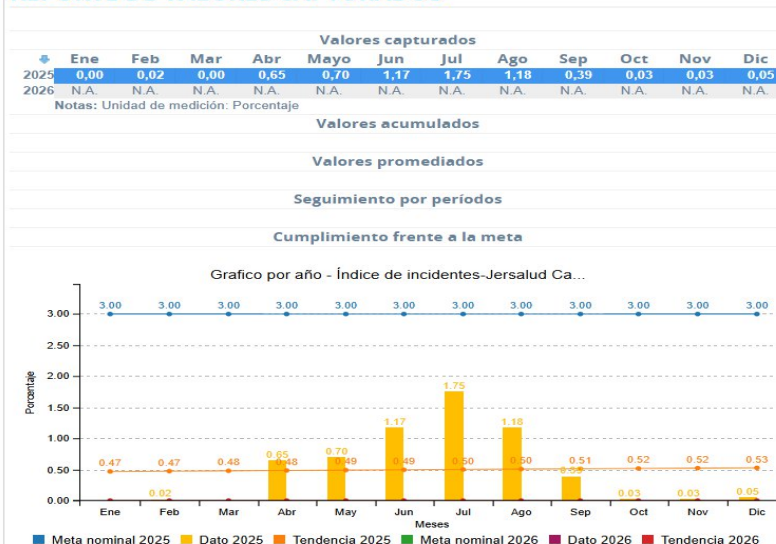
Fuente del Dato: Tablero de indicadores de Calidad Daruma

Índice de incidentes – Jersalud Casanare



Análisis: Durante el mes de diciembre se reporto un indicio de atención insegura en la sede de Yopal, Si bien estos sucesos no ocasionaron daño directo al paciente, sí evidencian debilidades en los procesos administrativos y asistenciales que podrían comprometer la continuidad, la pertinencia y la seguridad en la atención prestada. Para la vigencia del año 2025 se recibieron 111 reportes de indicios de atención insegura de las 66.254 atenciones cumplidas del periodo.

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Fuente del Dato: Tablero de indicadores de Calidad Daruma

Análisis: Durante el mes de diciembre se notificaron un total de 6 incidentes en la sucursal Casanare, distribuidos de la siguiente manera: 5 reportes en la sede Aguazul y 1 en Yopal.

Para la vigencia del año 2025 se recibieron 402 reportes de incidentes de las 66.254 atenciones cumplidas del periodo.

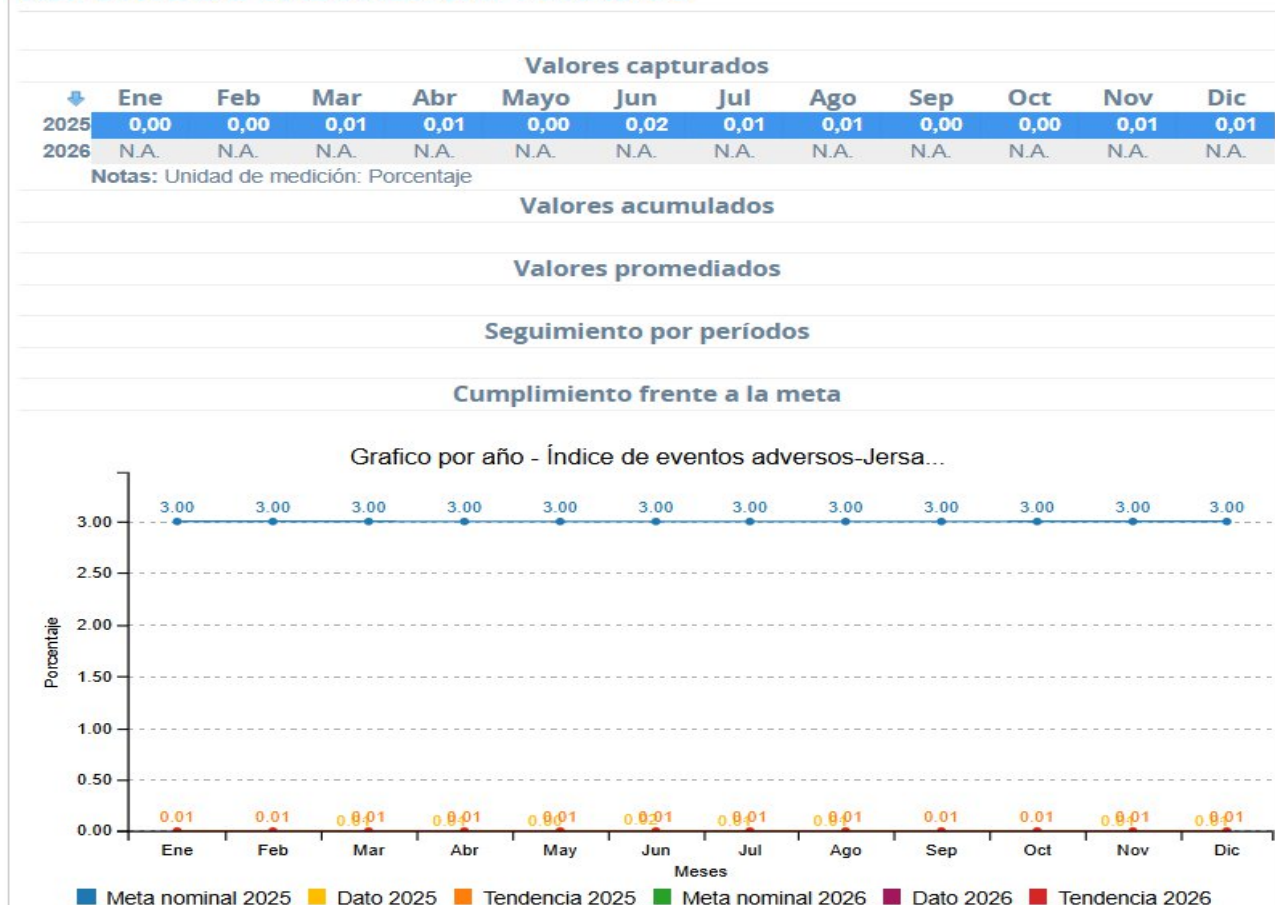




6. Sucursal Meta

Índice de eventos adversos – Jersalud Meta

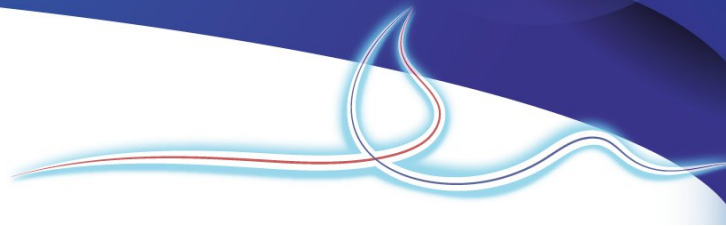
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Fuente del Dato: Tablero de indicadores de Calidad Daruma

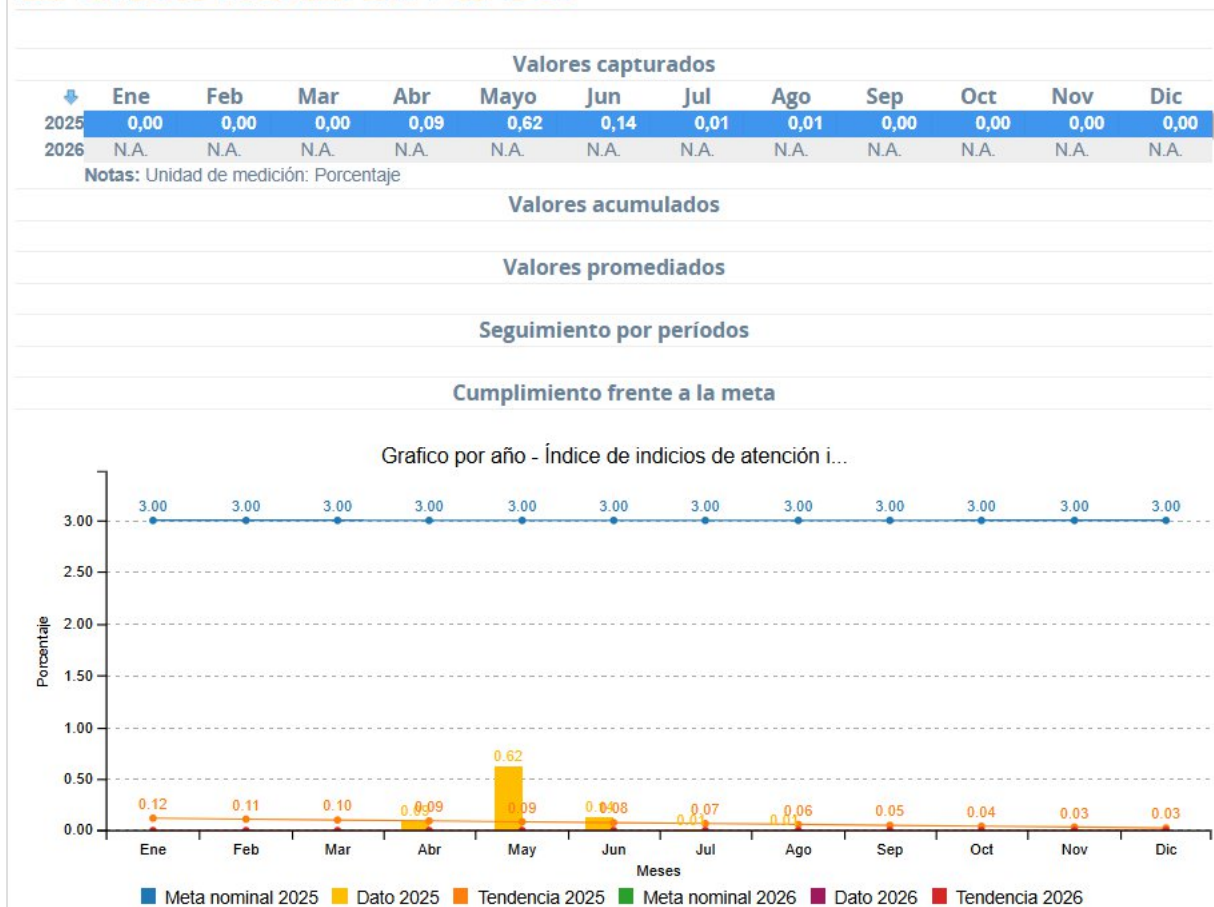
Análisis: Durante el periodo de diciembre se presentó 1 Evento adverso Leve, relacionado con hematoma zona de punción usuario atendido en toma de muestras, frente a 12811 pacientes atendidos, correspondiente al 0.007%, ubicándose dentro de la meta establecida inferior a 3%. Se realiza análisis estableciendo acciones de mejora.





Índice de indicios de atención insegura – Jersalud Meta

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Fuente del Dato: Tablero de indicadores de Calidad Daruma

Análisis: Durante el mes de diciembre no se presentaron indicios de atención insegura.



REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

Valores capturados												
↓	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2025	0,02	0,03	0,13	0,35	0,48	3,14	0,11	1,38	1,92	0,59	1,09	0,41
2026	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

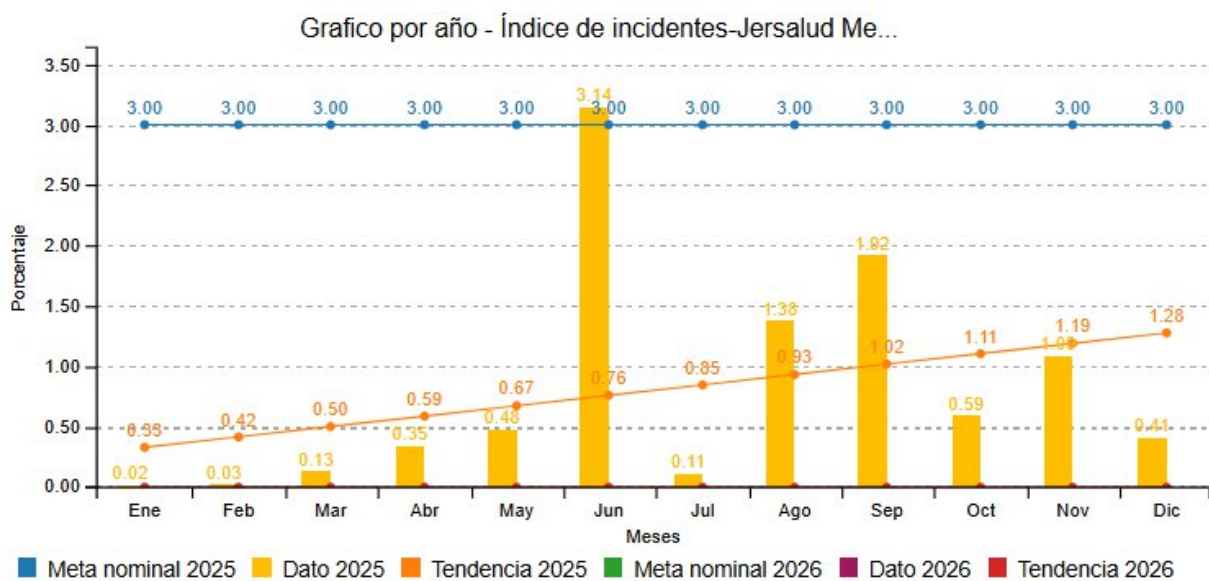
Notas: Unidad de medición: Porcentaje

Valores acumulados

Valores promediados

Seguimiento por períodos

Cumplimiento frente a la meta



Fuente del Dato: Tablero de indicadores de Calidad Daruma

Análisis: Durante el mes de diciembre se presentaron en total 53 incidentes frente a 12811 pacientes atendidos correspondiente al 0.41%, ubicándose dentro de la meta establecida inferior de 3%. Los cuales estuvieron relacionados con: 50 Cargue tardío de resultados plataforma ANNARLAB 1 paciente menor de edad que sistema permitió diligenciar variable de gestante. 1 Caída de paciente por presencia de agua en piso de Terapias sin lesión. 1 solicitud de nueva muestra por coagulación. Se socializan incidentes en comité de seguridad del paciente y se realizan las siguientes acciones: • Socializar a profesionales la importancia de cargar registros a HCL de manera oportuna por temas normativos y en pro de la seguridad del paciente. • Verificar parámetros de hcl • Validar presencia de agua en piso de las diferentes áreas, con el fin de intervenir potencial riesgo para evento adverso.



Para la vigencia de 2025 se presentaron en total 1258 reportes de situaciones de seguridad, discriminados de la siguiente manera:

12 eventos adversos: Entrega errada de resultado prueba rápida, Caída de usuarios, No cumplimiento de proceso de esterilización, lesión de mejilla, lesión de piel y hematoma por punción.

1106 incidentes: doble punción, muestras hemolizadas, error en formulación, No Cargue oportuno de resultados a plataforma Annarlab, Historias clínicas con cargue tardío a plataforma Indigo Vie

140 indicios de atención insegura: Instrumental esterilizado con fecha vencida. No uso de señalización "piso mojado" mientras se realiza limpieza de piso (trapear). Error en digitación de usuario toma de muestras de laboratorio, Fallas en sistema INDIGO, generando atrasos en la atención a los usuarios, no presentación de los funcionarios ante el usuario, servicio de laboratorio y el servicio de farmacia NO reportan indicios de atención insegura, Desactualización de datos de usuarios, Daño en equipo médico, falla en fluido eléctrico, fallas en digiturno, etc.

De lo anterior se toman acciones relacionadas con:

Realizar seguimiento al proceso de esterilización por parte de seguridad del paciente y profesional de calidad de Odontología. Se carga plan de mejora en Daruma.

Se solicita inmediato uso de señalización para piso húmedo

Se enfatiza en la importancia de la identificación redundante del paciente

Solicitar ayuda a otro profesional cuando se evidencie vena de difícil acceso, para disminuir las dobles punciones.

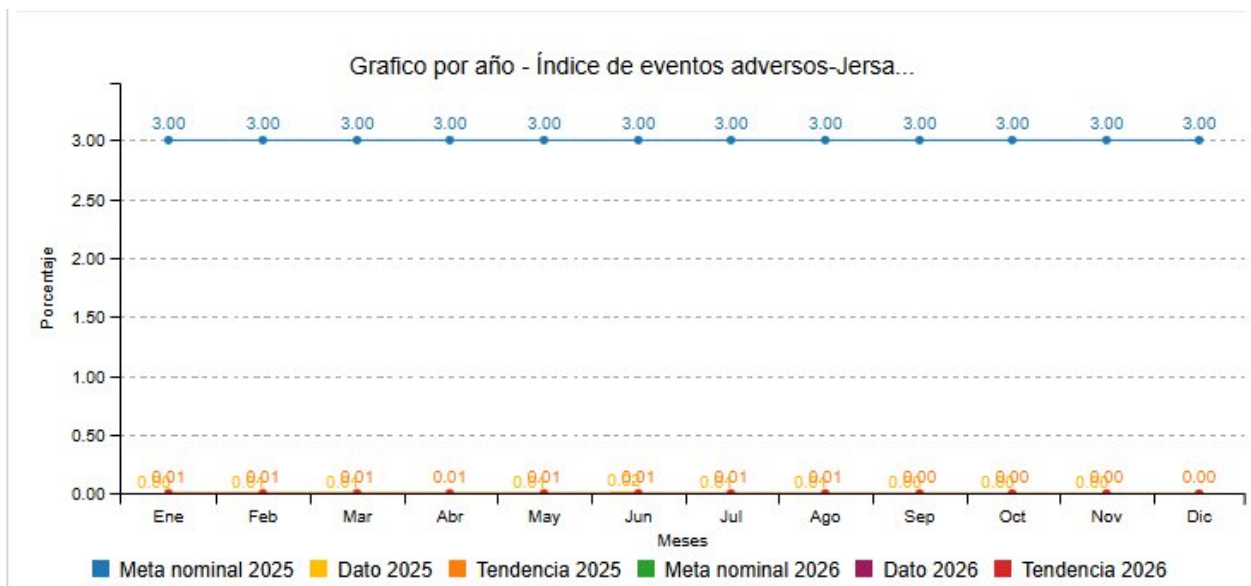
Verificación de protocolos de exámenes antes de tomar la muestra.

Socializar a profesionales la importancia de cargar registros a HCL de manera oportuna por temas normativos y en pro de la seguridad del paciente.

Cargar resultados de laboratorio a plataforma ANNARLAB, por parte de los líderes del proceso.

7. Sucursal Boyacá

Índice de eventos adversos – Jersalud Boyacá.

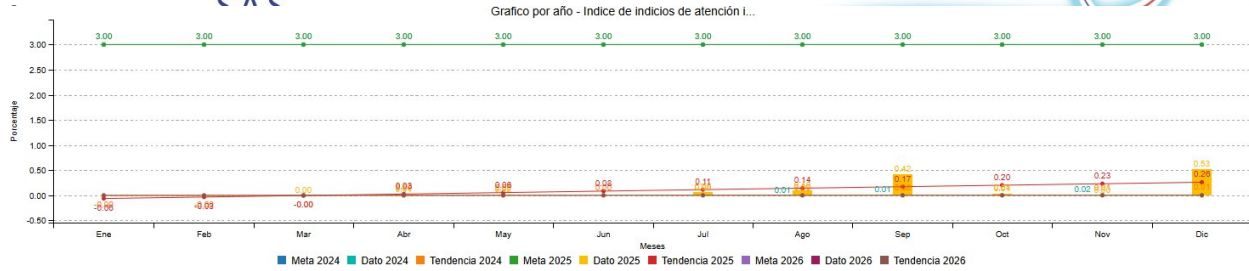


Fuente del Dato: Tablero de indicadores de Calidad Daruma

Análisis: Durante el mes de diciembre de 2025 no se reportaron eventos adversos (0,00%).



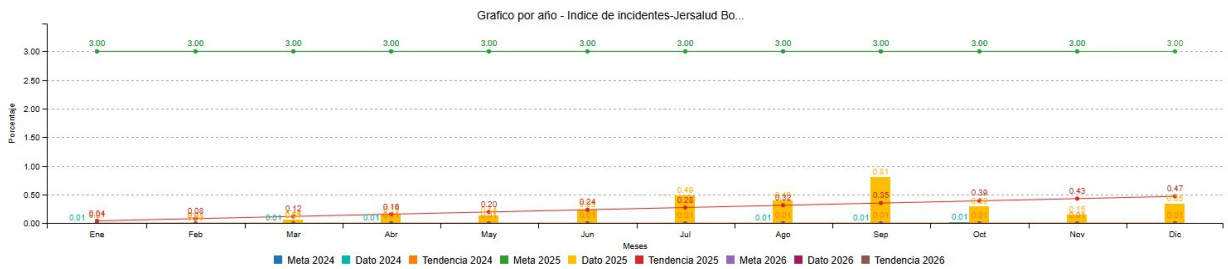
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



Fuente del Dato: Tablero de indicadores de Calidad Daruma

Análisis: Para el mes de diciembre se reportaron 56 indicio de atención insegura relacionada con pendientes de medicamentos. El índice fue del 0,53 con una tendencia positiva frente al proceso de reporte voluntario y negativa frente al proceso de seguridad del paciente.

Índice de incidentes – Jersalud Boyacá



Fuente del Dato: Tablero de indicadores de Calidad Daruma

Análisis: Durante diciembre de 2025 se registraron 42 incidentes, los cuales están relacionados con la disponibilidad de medicamentos, falta de oportunidad de citas médicas, dificultades con fórmulas médicas de IPS externas.

Otros indicadores de seguridad relevantes

Índice de caídas (consulta externa): 0 casos en Diciembre (0%).

Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS): 0 casos en Diciembre (0%).

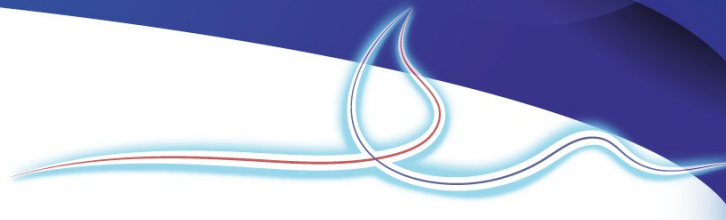
Para este mes y con referencia al mes anterior el reporte disminuyó en un 70%, relacionado a que ya no se cuenta con el cargo de seguridad del paciente y el tiempo no es suficiente para realizar control diario del proceso.

Análisis anual de 2025 - Seguridad del paciente Sucursal Boyacá

Durante el periodo comprendido entre enero de 2025 y diciembre de 2026, el índice de eventos adversos presentó valores bajos, con un rango entre 0,00 % y 0,02 %, manteniéndose por debajo del umbral institucional de alerta. No obstante, el análisis integrado del comportamiento cuantitativo del indicador y del proceso de gestión de la seguridad del paciente evidencia variaciones asociadas a factores estructurales del sistema de reporte. En cuanto al Índice de Incidentes, se puede observar que presentó mayor sensibilidad a la cultura de reporte. En el primer semestre de 2025 se observó un aumento progresivo (marzo: 0,058 %; abril: 0,15 %; mayo: 0,14 %; junio: 0,24 %), con un pico en septiembre de 2025 (0,58 %, 205 incidentes sobre 35.244 atenciones). Este comportamiento refleja un mayor reconocimiento y



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



notificación de situaciones inseguras, manteniéndose siempre dentro de la meta institucional (<3,0 %). En el último trimestre de 2025 el índice descendió hasta el 0,15%.

Si bien estas tendencias podrían interpretarse inicialmente como una mejora sostenida, el análisis del contexto organizacional evidencia que dicha reducción coincide temporalmente con la supresión del cargo de Profesional de Seguridad del Paciente, situación que impactó de manera directa el proceso de reporte voluntario. La disminución abrupta del indicador se asocia principalmente a un subregistro de eventos adversos, incidentes y cuasi fallas, más que a la eliminación real de los riesgos asistenciales.

Es importante cerrar el análisis con la evaluación global del Programa de Seguridad del Paciente evidenciando un avance promedio cercano al 65%, reflejando un nivel de desarrollo intermedio, con fortalezas en el diagnóstico institucional y oportunidades claras de mejora en la implementación operativa y la cultura organizacional.

El diagnóstico institucional presenta un cumplimiento del 100%, lo que permite contar con una identificación clara de riesgos y necesidades. No obstante, la gestión documental alcanza solo el 50% y la cultura de seguridad del paciente el 39%, evidenciando debilidades en la apropiación del programa por parte del talento humano y en la estandarización documental.

En los componentes organizacionales, el Comité de Seguridad del Paciente, el análisis de casos y los indicadores presentan un 67% de cumplimiento, lo que indica que la estructura del programa está conformada, aunque requiere fortalecimiento en seguimiento, análisis y cierre efectivo de planes de mejora. La ejecución operativa muestra avances parciales, con un 60% en rondas de seguridad del paciente, 50% en la implementación de mejores prácticas y 52% en la aplicación de la metodología de paciente trazador, lo cual limita el impacto de las acciones en la atención clínica directa.

Es importante resaltar que el ritmo de avance del programa se ha visto significativamente afectado tras la prescindencia del cargo de Profesional de Seguridad del Paciente, lo que ha generado una disminución en la coordinación, seguimiento y continuidad de las acciones planificadas. Esta situación ha impactado directamente la oportunidad en la ejecución de estrategias, el acompañamiento a los servicios y el cierre efectivo de planes de mejora.

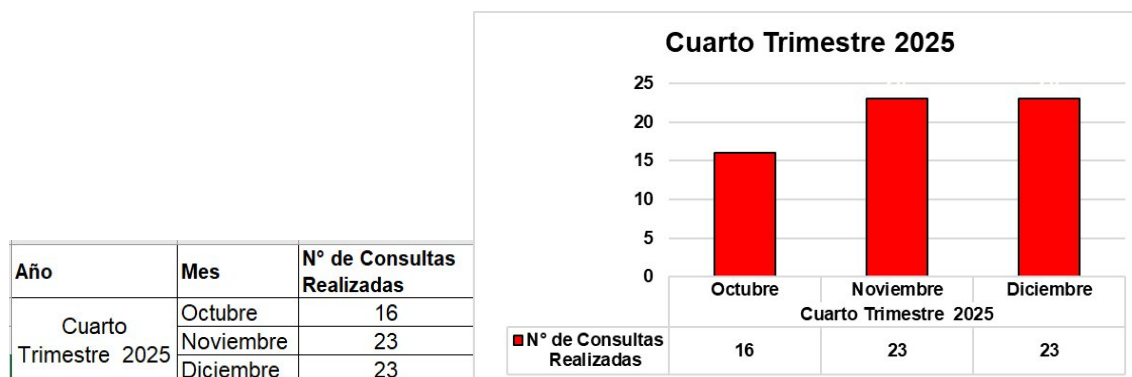


b. Gestión del Riesgo Organizacional

Gestión del Riesgo LAFT-FPADM, COF

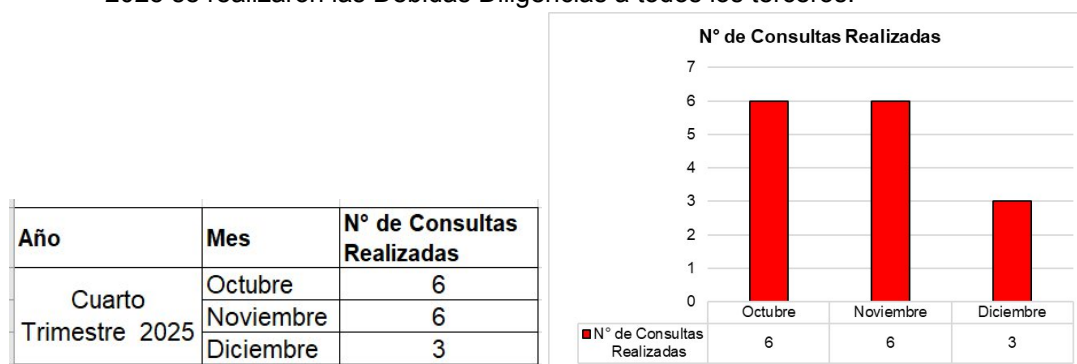
Frente a la Gestión del riesgo de LAFT-FPADM se establecieron dos controles principales:

- **Gestión del Talento Humano:** Para el Cuarto Trimestre 2025; No se realizó contratación del personal que presento alguna señal de alarma o riesgo Empresarial, Frente a los colaboradores Activos, se les aplico Debida Diligencia Sin Resultados positivos para señales de Alerta o Listas Restrictiva.



Análisis: Se realizo un total de 62 consultas para el Cuarto Trimestre 2025. Para el cierre del Año 2025 se evidencio un total de 460 consultas realizadas a los aspirantes de JERSALUD SAS, con un total de 3 incidencias, los cuales no fueron contratados por la Institución, en términos Generales JERSALUD no tiene Riesgos ni incidencias en relaciones laborales vigencia 2025.

- **Gestión Administrativa:** Frente a la gestión administrativa se realiza la Identificación del riesgo en las relaciones contractuales con las que JERSALUD SAS se relaciona, Para el Cuarto Trimestre 2025 se realizaron las Debidas Diligencias a todos los terceros.

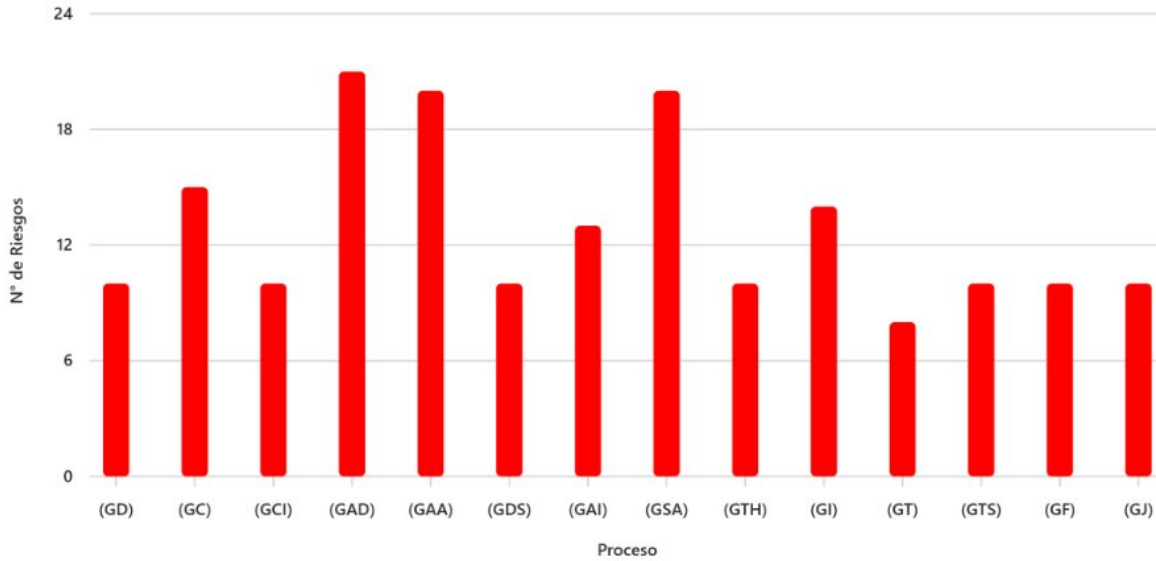


Análisis: Se realizo un total de 15 consultas en el Cuarto Trimestre 2025. Para el cierre del Año 2025 se evidencio un total de 81 consultas realizadas a los aspirantes de JERSALUD SAS, con un total de 2 incidencias, los cuales no fueron contratados por la Institución, en términos Generales JERSALUD no tiene Riesgos ni incidencias en relaciones contractuales vigencia 2025.



GESTIÓN DE RIESGOS POR PROCESO

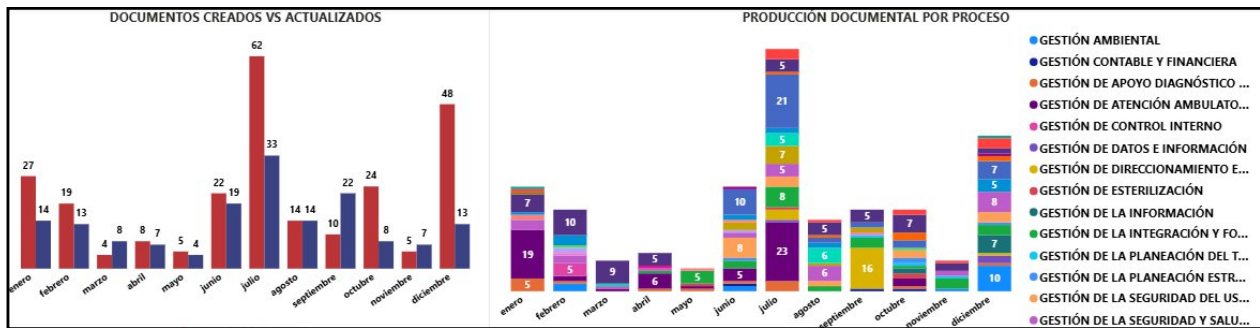
Se identificaron un total de 181 riesgos asociados a los procesos incluidos en el mapa de procesos de Jersalud de la siguiente manera:



La identificación de riesgos correspondiente al proceso de Ambiente Físico aún no ha sido realizada; dicha gestión se llevará a cabo próximamente conforme al plan establecido.

Como resultado del análisis, se identificaron 362 controles implementados para mitigar el efecto de los 181 riesgos vinculados a los procesos establecidos en el mapa de procesos de Jersalud.

Gestión de Estandarización documental



Fuente del Dato: Daruma

Análisis: Para el año 2025 se crearon 162 documentos y se actualizaron 248 documentos. Identificando que el 3%(16) gestión ambiental, 1%(3) gestión contable y financiera, 7% (15) gestión de apoyo diagnóstico y terapéutico, 15%(60) gestión ambulatoria, 1%(5) gestión de control interno, 1%(4) gestión de datos e información, 5% (21) gestión de direccionamiento estratégico, 1%(4) gestión de esterilización, 2%(9)



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

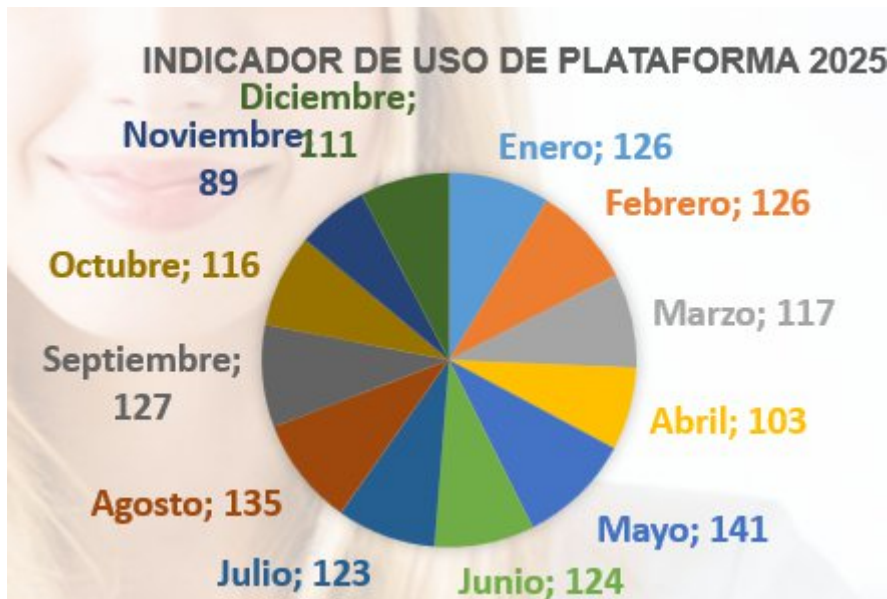


gestión de la información, 7%(32) gestión de la integración y fortalecimiento del talento humano del talento humano, 1%(3) gestión de la planeación del talento humano, 1%(4) gestión de la planeación estratégica, 6%(21) gestión de la seguridad del usuario, 8% (32) gestión de la seguridad y salud en el trabajo, 1%(2) gestión de la tecnología, 1%(3), gestión de la tecnología salud, 3%(13)gestión de laboratorio clínico, 1%(4) gestión de mejoramiento continuo, 2%(12) gestión de necesidades del talento humano, 1%(2) gestión de servicios de apoyo logístico, 3%(16) gestión de ambiente físico, 10%(45)gestión del servicio de consulta externa, 2%(7) gestión de servicio farmacéutico, 1%(2) gestión del sistema de información, 1%(1) gestión de soporte misional, 14% (58) gestión del talento humano, 1%(1) gestión documental respectivamente.

Con respecto a la producción por tipo documental el 12% (52) fueron perfiles de cargo, 32% (142) formatos, 11% (48) manuales, modelos y planes, 10% (46) protocolos, 10% (43) son fichas y planos, 5% (22) procedimientos, 4% (21) fichas técnicas de implementación de GPC, 4% (18) Instructivos, 3% (6) actos administrativos, 3% (6) micro currículos, 2% (2) piezas comunicativas, 2% (2) programa, 1% (1) campaña, 1% (1) caracterización de proceso respectivamente.

Indicadores de Gestión documental





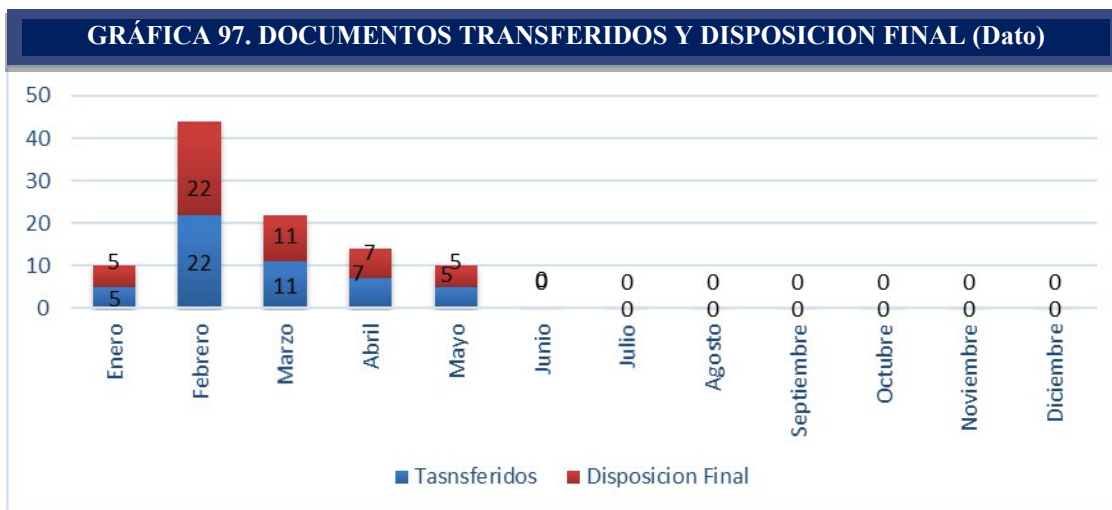
Fuente del Dato: Daruma / SharePoint

Análisis: En el año 2025 se identificó un promedio de respuesta 19 días desde la creación hasta la revisión, un promedio de 45 días entre la creación y la aprobación y de 27 días entre la revisión y la aprobación.

Para el mes de diciembre el ingreso de 111 trabajadores a plataforma fue de 89 colaboradores a plataforma.

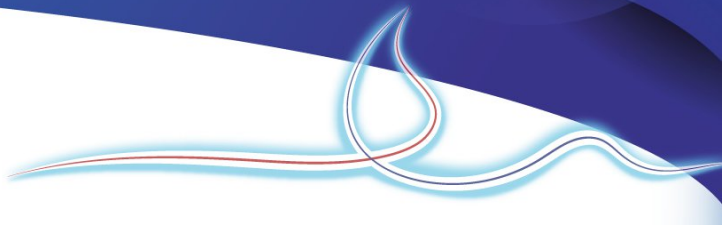
3. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y BIOMÉDICA

a. Gestión de Archivo



Fuente del Dato: Inventarios documentales





Análisis: Durante el mes de diciembre, en la sede Meta no se generó la transferencia de archivos correspondientes a la gestión documental.

En Sede Boyacá para el mes de diciembre no se generó transferencia de archivo a Microcolsa.

En sede Bogotá para el mes de diciembre no se generó transferencia de archivo a Microcolsa.

En la sucursal Casanare en el mes de junio no se realizó transferencia de archivo de gestión documental.

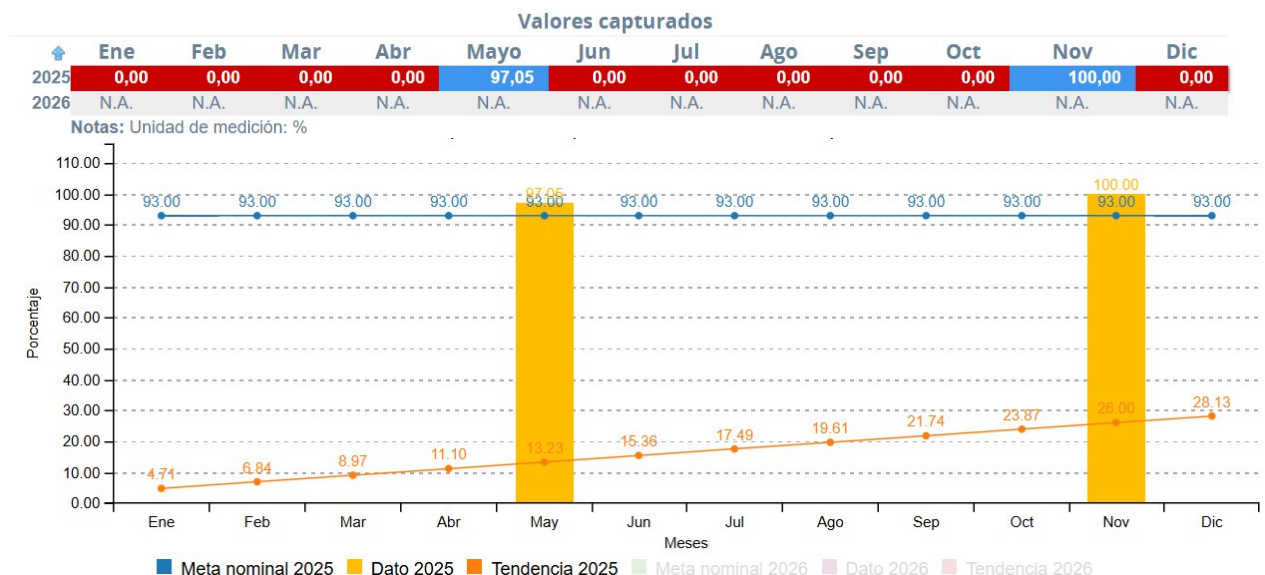
Para el mes de diciembre 2025 en la sede Neiva-UCI Jersalud no presenta transferencia documental al archivo central ni a la clínica Medilaser; para el mes analizado no se requiere destrucción ni disposición final documental.

b. Gestión Biomédica

Proporción de cumplimiento cronograma de mantenimiento preventivo

Sedes Meta

PROPORCIÓN DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS (%)



Fuente: Tablero de Indicadores Gestión de la Tecnología.

Análisis: Durante el año 2025 se realizaron los mantenimientos preventivos a equipos biomédicos en todas las sedes del Meta en los meses de Mayo y Noviembre. Aunque el porcentaje de cumplimiento en algunos meses da 0%, es por los valores de numerador y denominador que especifica el indicador, que en este caso daría un 0 / 0, por lo que en estos meses no se tenían programados mantenimientos.

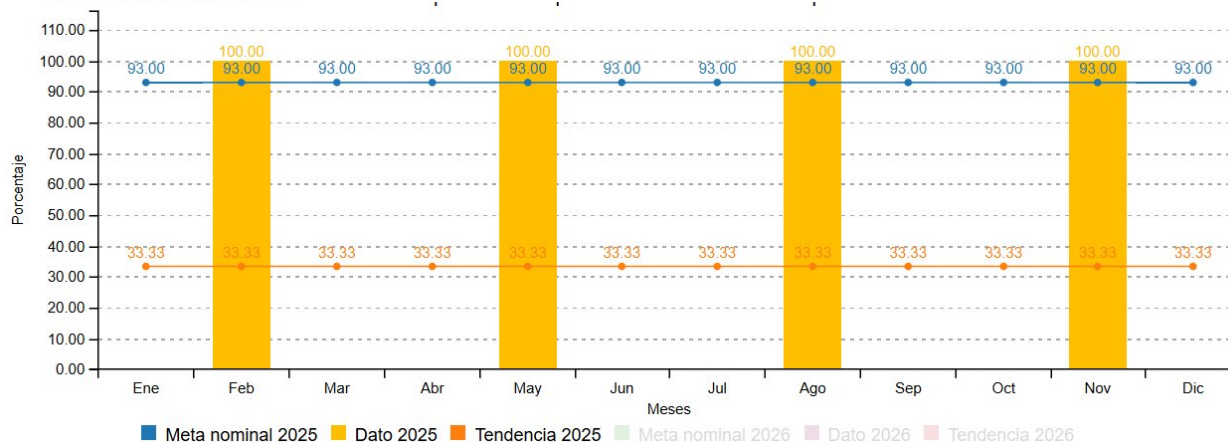


Sedes Casanare

PROPORCIÓN DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS (%)

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2025	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
2026	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %



Fuente: Tablero de Indicadores Gestión de la Tecnología.

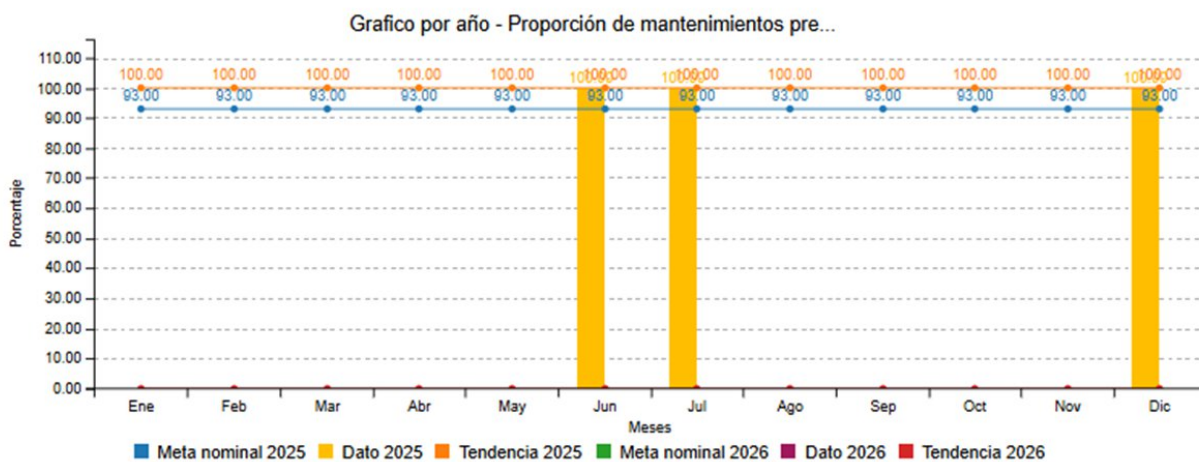
Análisis: Durante el año 2025 se realizaron los mantenimientos preventivos a equipos biomédicos en las sedes de Yopal y Villanueva en los meses de Mayo y Noviembre, y para las sedes de Aguazul y Paz de Ariporo en los meses de Febrero y Agosto. Aunque el porcentaje de cumplimiento en algunos meses da 0%, es por los valores de numerador y denominador que especifica el indicador, que en este caso daría un 0 / 0, por lo que en estos meses no se tenían programados mantenimientos.

Sedes Boyacá

PROPORCIÓN DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS REALIZADOS (%)

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2025	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	100,00	100,00	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	100,00
2026	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %



Fuente: Tablero de Indicadores Gestión de la Tecnología.

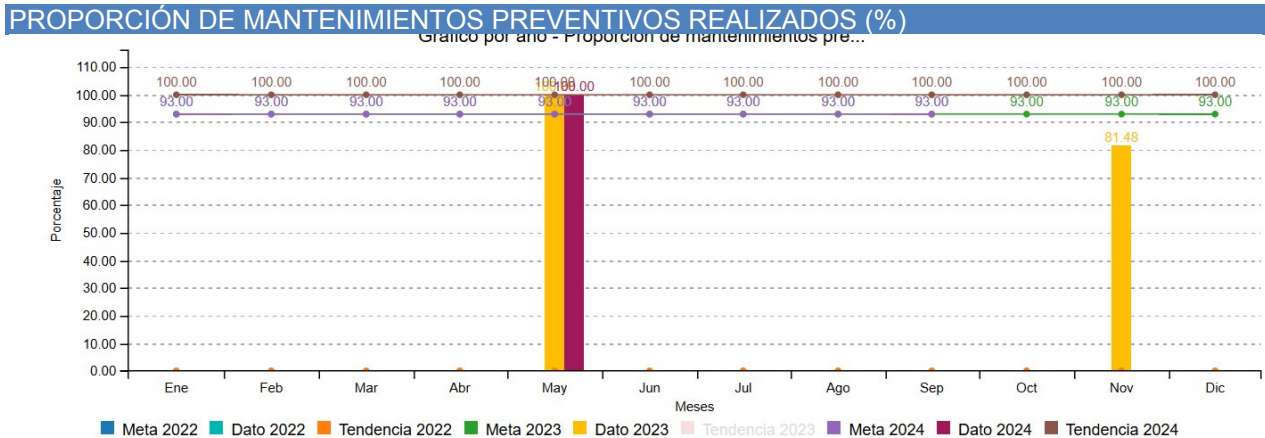
Vigilado Supersalud



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

Análisis: Durante el año 2025 se realizaron los mantenimientos preventivos de los equipos en las sedes de Boyacá, de acuerdo con el cronograma establecido, logrando un cumplimiento del 100%.

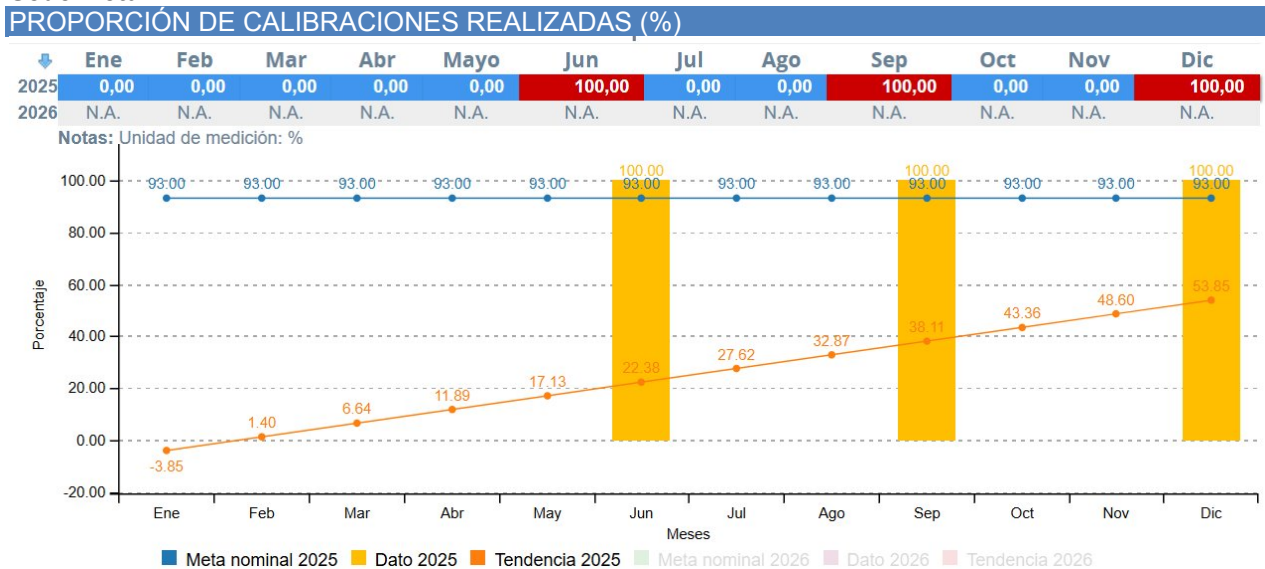
Sede Huila



Fuente: Tablero de Indicadores Gestión de la Tecnología.

Análisis: En noviembre de 2025, se cumplió con los mantenimientos preventivos programados, según el cronograma, los mantenimientos preventivos de cada sede están establecidos para noviembre.

Sede Meta



Fuente: Tablero de indicadores de gestión de la tecnología

Análisis: Durante el año 2025 se realizaron las calibraciones de equipos biomédicos en las sedes del Meta en el mes de Junio. En los meses de Septiembre y Diciembre se realizaron calibraciones a equipos que estaban programados para esos meses. Aunque el porcentaje de cumplimiento da 0% en algunos meses, es por los valores de numerador y denominador que especifica el indicador, que en este caso daría un 0 / 0 porque no se tenían programadas calibraciones en ese mes.



Sedes Casanare

PROPORCIÓN DE MANTENIMIENTOS CALIBRACIONES REALIZADOS (%)

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2025	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00
2026	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %



Fuente: Tablero de indicadores de gestión de la tecnología

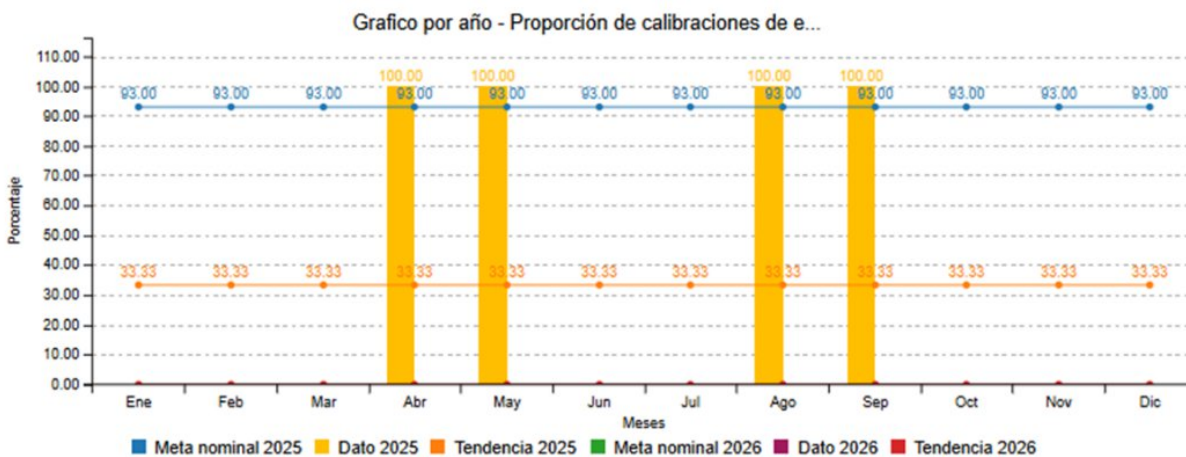
Análisis: Durante el año 2025 se realizaron las calibraciones de equipos biomédicos en las sedes del Casanare en el mes de Septiembre. Aunque el porcentaje de cumplimiento da 0% en algunos meses, es por los valores de numerador y denominador que especifica el indicador, que en este caso daría un 0 / 0 porque no se tenían programadas calibraciones en ese mes.

Sedes Boyacá

PROPORCIÓN DE MANTENIMIENTOS CALIBRACIONES REALIZADOS (%)

Valores capturados												
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2025	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	0,00	0,00	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00
2026	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %



Fuente: Tablero de indicadores de gestión de la tecnología



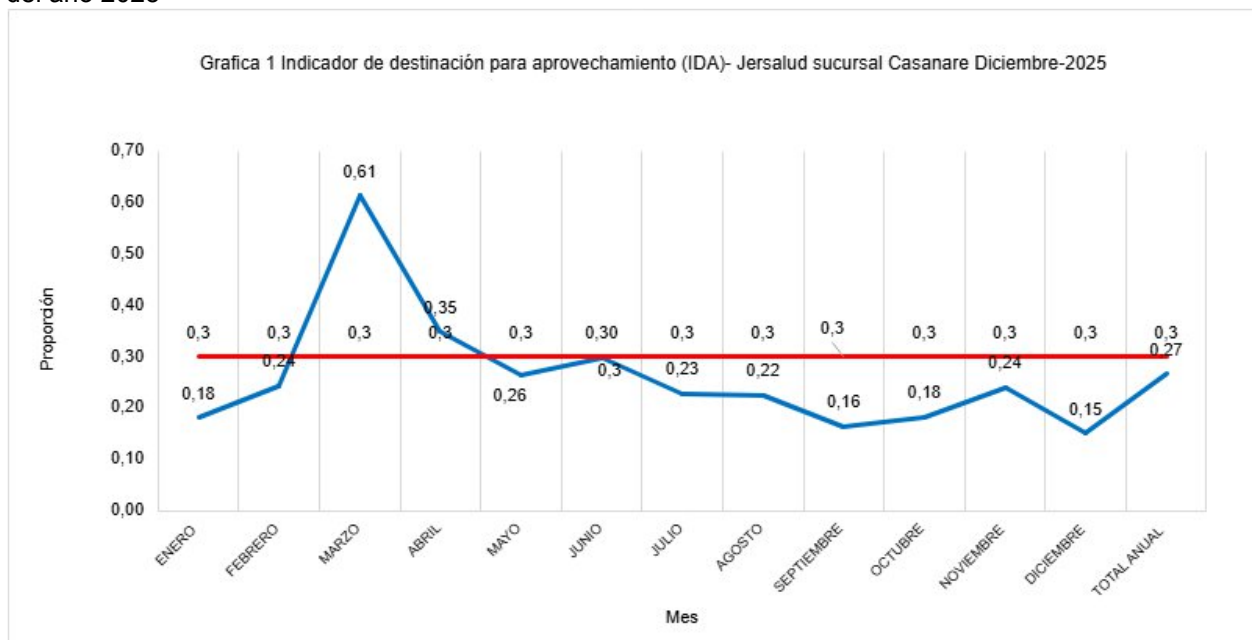
Análisis: Durante el año 2025 se realizaron las calibraciones de los equipos biomédicos en las diferentes sedes, de acuerdo con el cronograma establecido, alcanzando un cumplimiento del 100%.

9.3 GESTIÓN AMBIENTAL

9.3.1 Sucursal Casanare

Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)- Jersalud sucursal Casanare en diciembre del año 2025



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA- Jersalud sucursal Casanare en diciembre del 2025, corresponde a 0,15 kilogramos/mes con un resultado no cumplimiento con una brecha de 0,15 kilogramos/mes por debajo con respecto a la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 31,17 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 206.95 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia decreciente con respecto al mes anterior de 0,09 kilogramos/mes, atribuible a que disminuyeron la generación de residuos aprovechables, pero aumento el total de residuos peligrosos y no peligrosos.

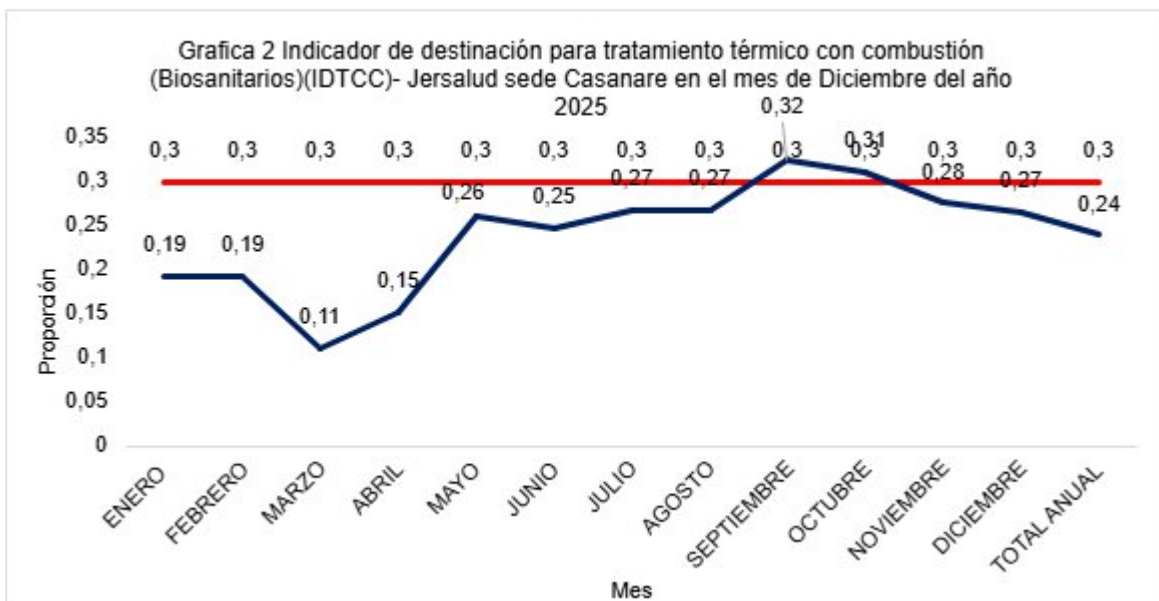
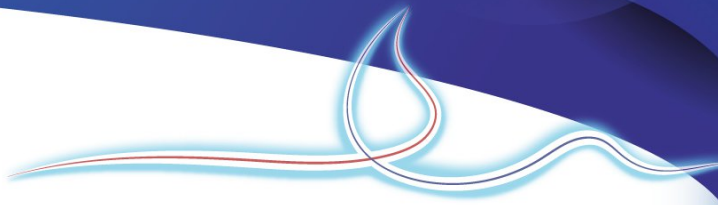
Durante el año 2025 el indicador obtuvo un comportamiento aceptable en relación a la meta establecida, esto se debe a que en el año de medición se generaron 678,45 Kg de residuos aprovechables por los 2.547,8 Kg de residuos peligrosos y no peligrosos.

Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios) (IDTCC)

Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Jersalud sucursal Casanare Diciembre del año 2025.



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



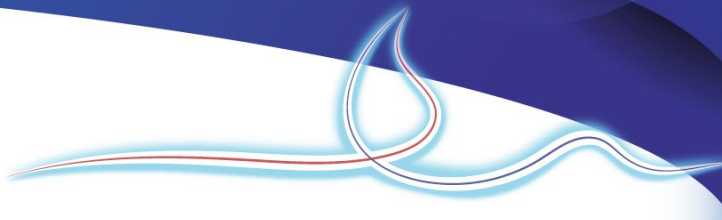
Fuente: RH1

El Indicador de Destinación para Tratamiento Térmico con Combustión (Biosanitarios) (IDTCC) de Jersalud, sucursal Casanare, correspondiente al mes de diciembre de 2025, presentó un valor de 0,27 kg/mes, con un resultado sobresaliente frente a la meta establecida de 0,30 kg/mes, atribuible a la generación de 55,07 kilogramos de residuos peligrosos clasificados como biosanitarios, frente a un total de 206,95 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia decreciente con respecto al mes anterior, atribuible a una disminuyeron los residuos biosanitarios, pero aumentaron el total de residuos generados en las sedes.

Durante el año 2025, el indicador presentó un comportamiento sobresaliente en relación con la meta establecida, dado que se generaron 610,45 kg de residuos biosanitarios frente a 2.547,8 kg de residuos peligrosos y no peligrosos, manteniéndose dentro de los parámetros definidos para una adecuada gestión de residuos en la atención en salud.

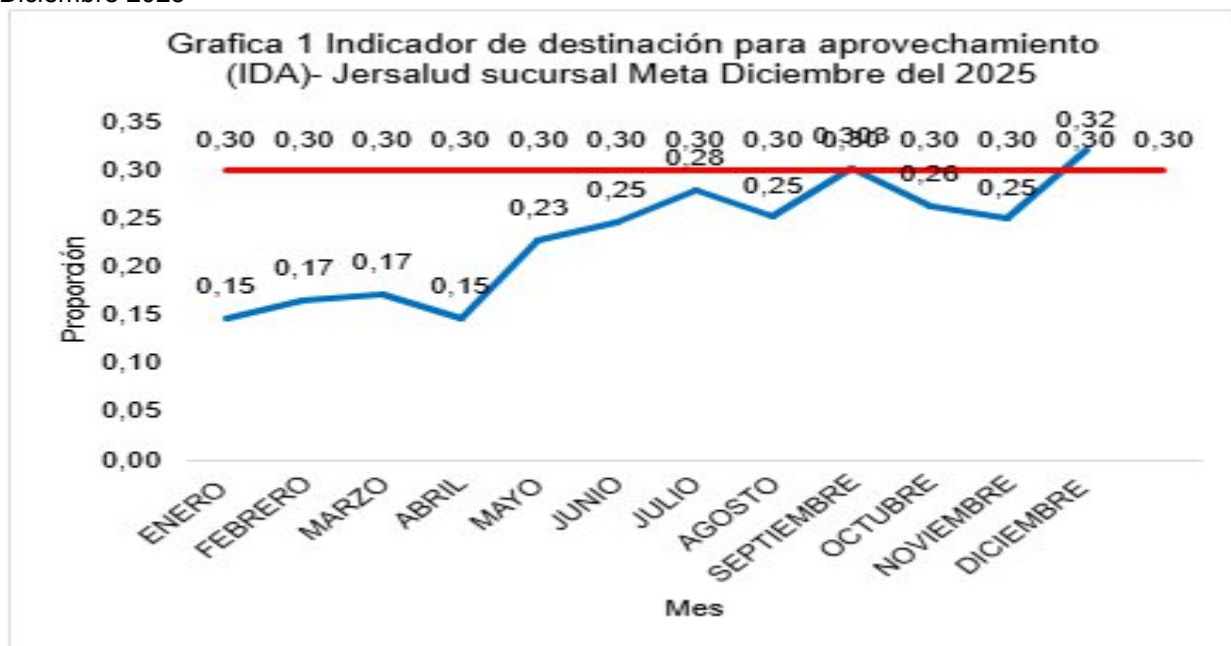




9.3.2 Sucursal Meta

Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)- Jersalud sucursal Meta en el mes de Diciembre 2025



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA- Jersalud sucursal Meta mes de Diciembre del 2025, corresponde a 0.30 kilogramos/mes con un resultado aceptable igual con la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 189.21 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 589.91 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior, atribuible a que disminución proporcional el total de los residuos aprovechables y a su vez la cantidad total de residuos peligrosos y no peligrosos en las sedes.

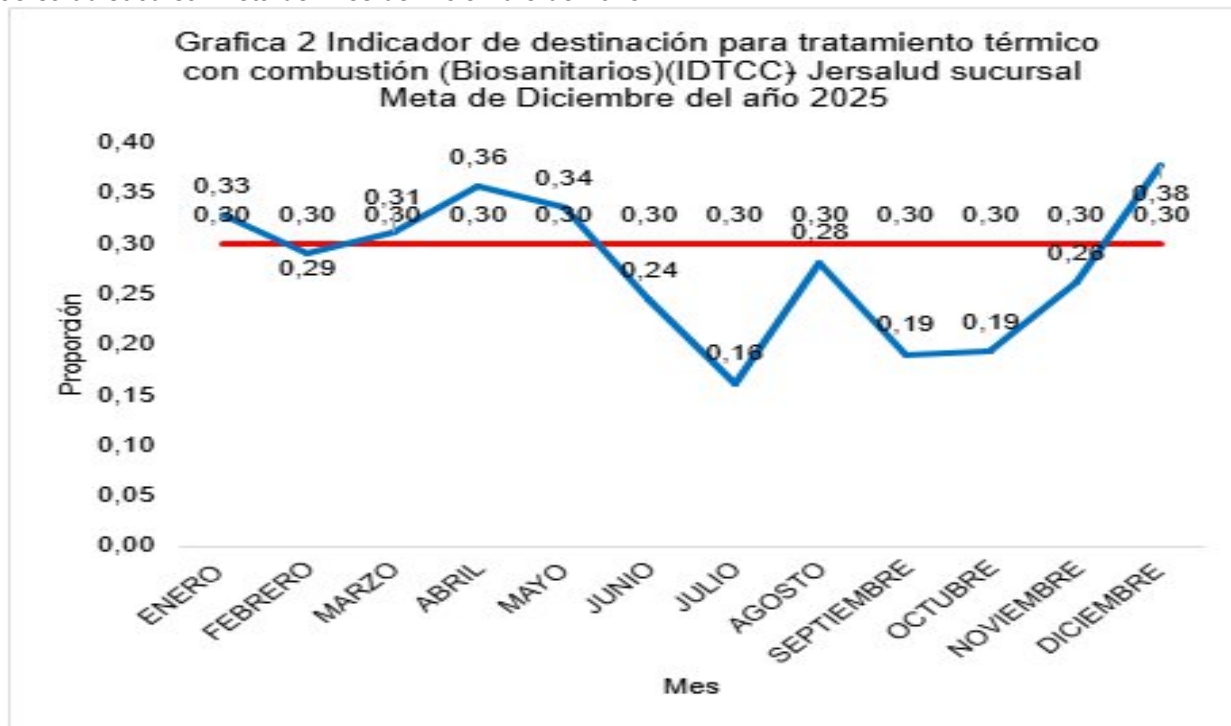
Durante el año 2025 el indicador obtuvo un comportamiento aceptable en relación a la meta establecida, esto se debe a que en el año de medición se generaron 3333.17 Kg de residuos aprovechables por los 13.898.412 Kg de residuos peligrosos y no peligrosos.





Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios) (IDTCC)

Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Jersalud sucursal Meta del mes de Diciembre de 2025



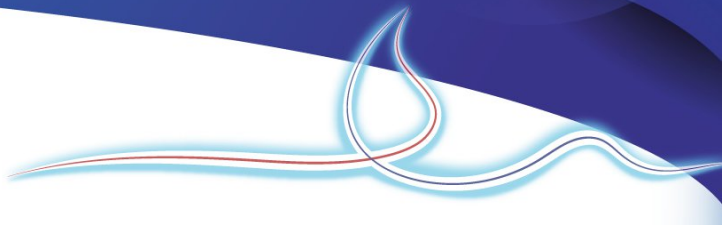
Fuente: RH1

Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Jersalud sucursal Meta del mes de Diciembre del año 2025, corresponde a 0,38 kilogramos/mes con un resultado aceptable de 0,8 Kilogramos/mes por debajo encima de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 223.90 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 589.91 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia decreciente con respecto al mes anterior de 0,9 kilogramos/mes, atribuible a que disminución proporcional los residuos peligrosos en la subclasificación de biosanitarios y a su vez el total de residuos peligrosos y no peligrosos producidos en las sedes.

Durante el año 2025 el indicador obtuvo un comportamiento aceptable en relación a la meta establecida, esto se debe a que en el año de medición se generaron 3333.17 Kg de residuos aprovechables por los 13.898.412 Kg de residuos peligrosos y no peligrosos.

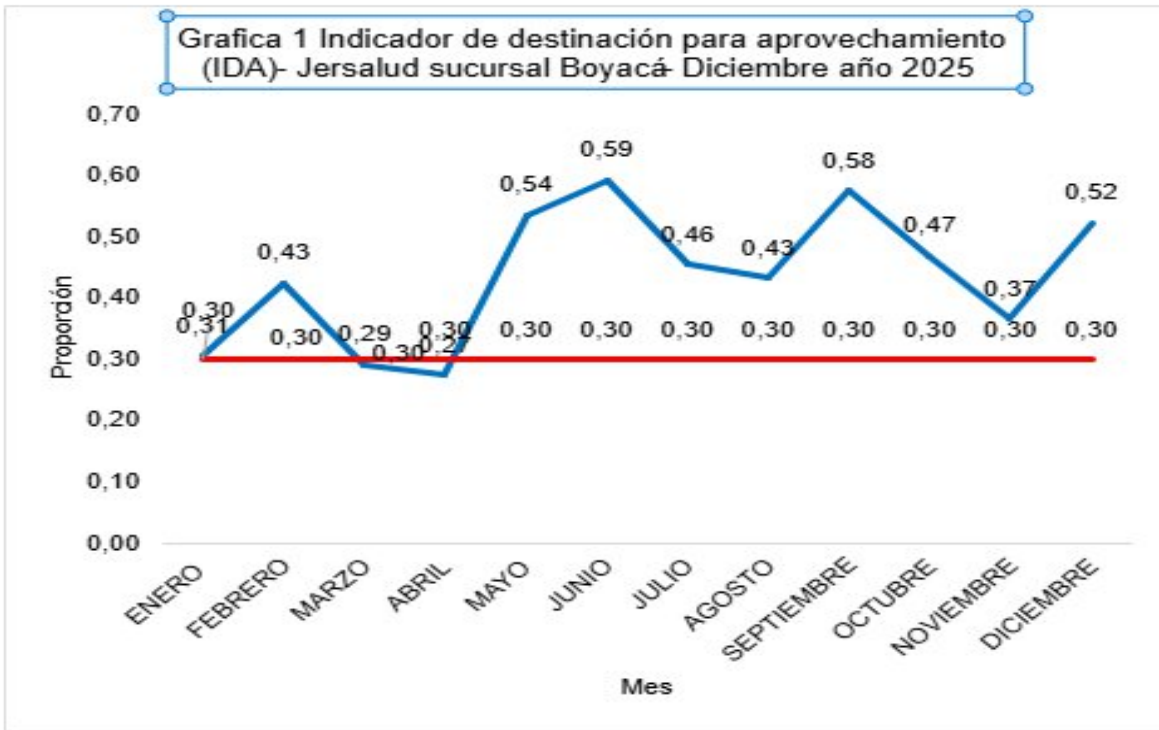




9.3.3 Sucursal Boyacá

Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)- Jersalud sucursal Boyacá en el mes de Diciembre de 2025



Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA- Jersalud sucursal Boyacá en el mes de noviembre del 2025, corresponde a 0.52 kilogramos/mes con un resultado de no cumplimiento y con una diferencia de 0,22 kg/mes por encima de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 543.81 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 1039.641Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior, atribuible a que aumentaron la generación de residuos aprovechables y a su vez el total de los residuos peligrosos y no peligrosos producidos en la sede.

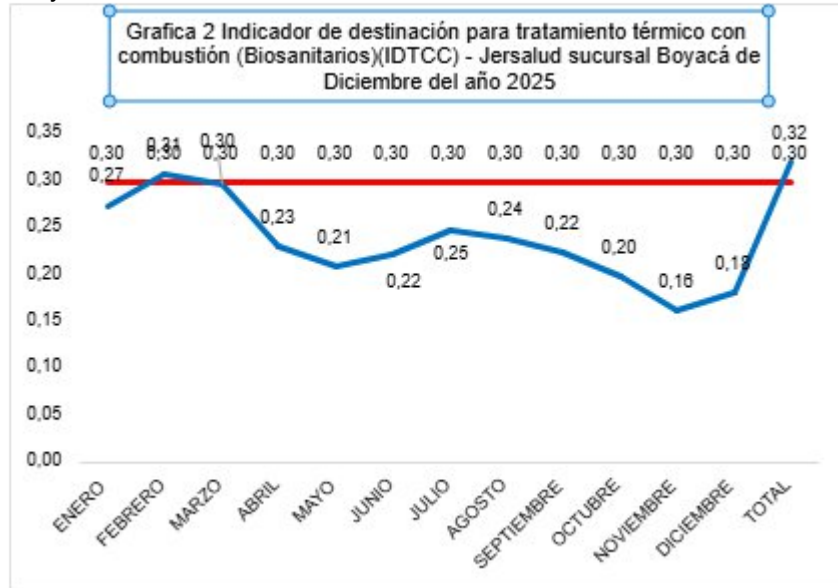
Se observa una tendencia constante con respecto al mes anterior de 0,33 kilogramos/mes, atribuible a que disminuyeron los residuos peligrosos en la subclasificación de biosanitarios y a su vez el total de residuos peligrosos y no peligrosos producidos en las sedes.

Durante el año 2025 el indicador obtuvo un comportamiento no cumplimiento con relación a la meta establecida, esto se debe a que en el año de medición se generaron 6.010.73 Kg de residuos aprovechables por los 13.656.2 Kg de residuos peligrosos y no peligrosos



Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios) (IDTCC)

Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Jersalud sucursal Boyacá del mes de Diciembre de 2025



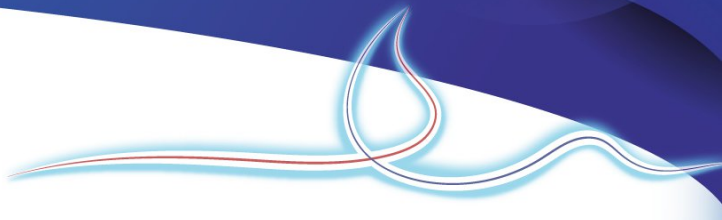
Fuente: RH1

Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Jersalud sucursal Boyacá de noviembre del año 2025, corresponde a 0,18 kilogramos/mes con un resultado cumplimiento con una brecha de 0,12 kilogramos/mes con respecto a la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 189.411 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 1039.641 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior, atribuible a una aumentaron los residuos biosanitarios, pero aumentaron el total de residuos generados en las sedes.

Durante el año 2025 el indicador obtuvo un comportamiento aceptable en relación a la meta establecida, esto se debe a que en el año de medición se generaron 6.010.73 Kg de residuos aprovechables por los 13.656.2 Kg de residuos peligrosos y no peligrosos

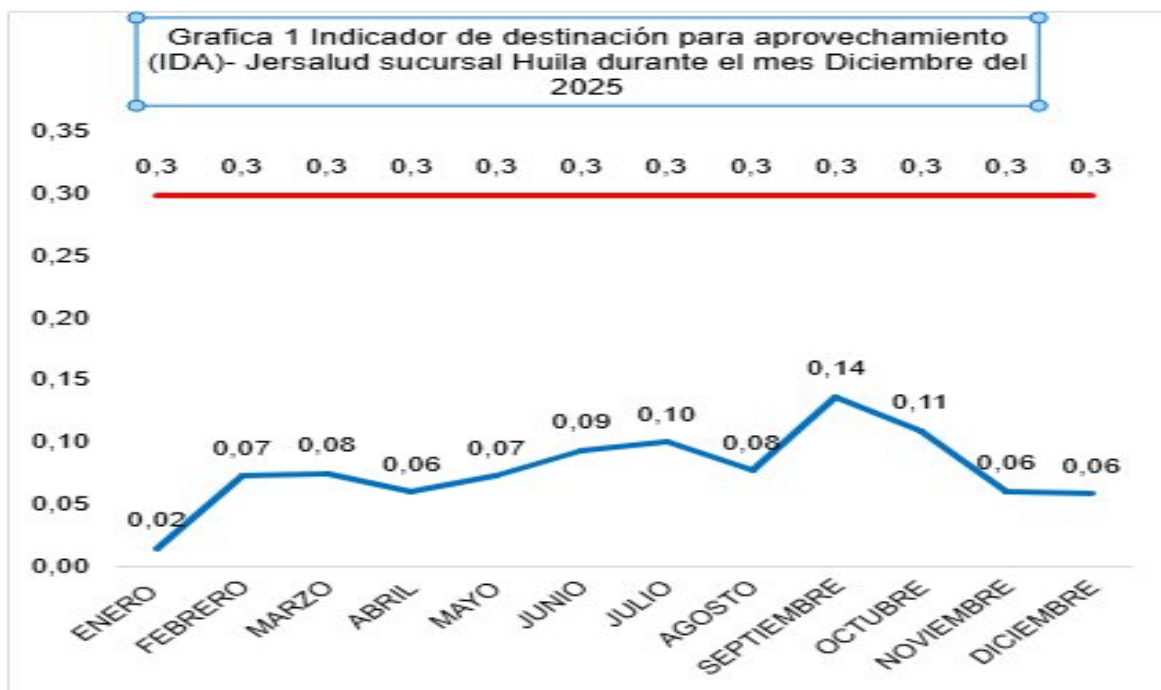




9.3.4 Sucursal Huila

Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)

Grafica 1 Indicador de destinación para aprovechamiento (IDA)- Jersalud sucursal Huila en el mes de diciembre de 2025



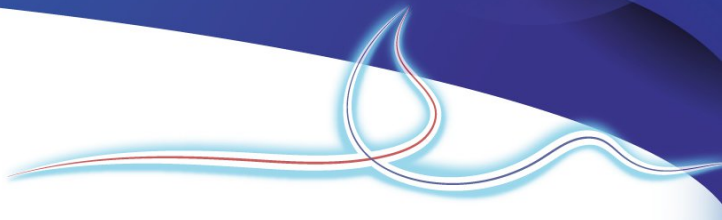
Fuente: RH1

El Indicador de destinación para aprovechamiento IDA- Jersalud sucursal Huila en el mes de Diciembre del 2025, corresponde a 0.06 kilogramos/mes con un resultado sobresaliente y con una diferencia de 0,24 kg/mes por encima de la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 1118.2 kilogramos de residuos aprovechables (papel, cartón, plástico, entre otros) por los 2002,6 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior, atribuible a que aumentaron la generación de residuos aprovechables y a su vez el total de los residuos peligrosos y no peligrosos producidos en la sede.

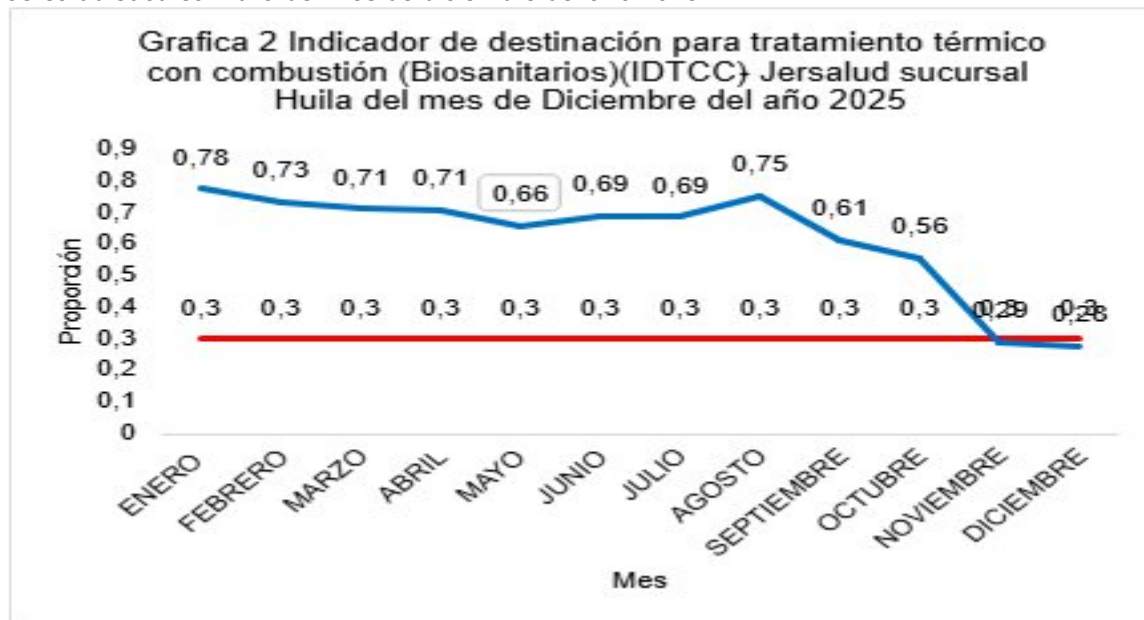
Durante el año 2025 el indicador obtuvo un comportamiento aceptable en relación a la meta establecida, esto se debe a que en el año de medición se generaron 954.9Kg de residuos aprovechables por los 12330,2 Kg de residuos peligrosos y no peligrosos





Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios) (IDTCC)

Grafica 2 Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Jersalud sucursal Huila del mes de diciembre del año 2025



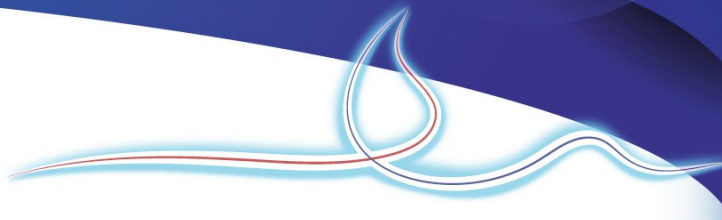
Fuente: RH1

Indicador de destinación para tratamiento térmico con combustión (Biosanitarios)(IDTCC)- Jersalud sucursal Boyacá de Octubre del año 2025, corresponde a 0,28 kilogramos/mes con un resultado sobresaliente con una brecha de 0,2 kilogramos/mes con respecto a la meta establecida de 0,30 kilogramos/mes, atribuible a que se generaron 559.8 kilogramos de residuos peligrosos en la clasificación de biosanitarios por los 2002.6 kilogramos de residuos peligrosos y no peligrosos generados durante la atención en salud.

Se observa una tendencia creciente con respecto al mes anterior, atribuible a que aumentaron la generación de residuos aprovechables y a su vez el total de los residuos peligrosos y no peligrosos producidos en la sede.

Durante el año 2025 el indicador obtuvo un comportamiento aceptable en relación a la meta establecida, esto se debe a que en el año de medición se generaron 6864.22 Kg de residuos aprovechables por los 12330,2 Kg de residuos peligrosos y no peligrosos



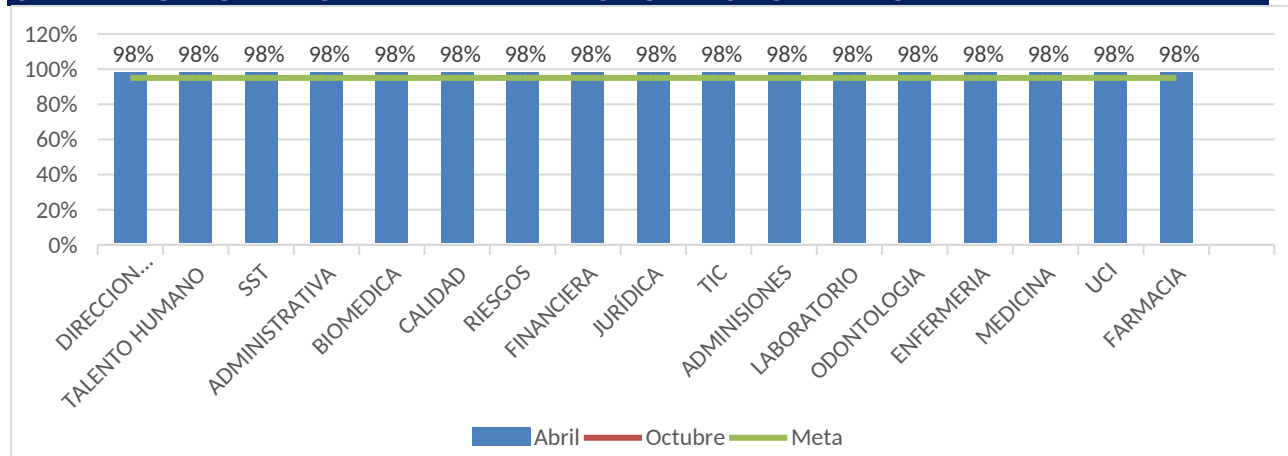


4. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

a. Indicadores Nacionales

Proporción de satisfacción interna del talento humano vs. Áreas

GRÁFICA. SATISFACCIÓN INTERNA TALENTO HUMANO POR ÁREAS



Análisis: Se realizó medición de áreas a nivel general en la sucursal Meta, Boyacá y Casanare cumpliendo la meta del 95% en satisfacción por cada área, próxima medición octubre 2025.

Proporción de Certificaciones por Competencias

Durante el mes de diciembre se realizó la solicitud de atención del Proyecto Nacional Jersalud ante el SENA. En este marco, el 11 de diciembre se llevó a cabo una reunión de articulación con el fin de establecer los compromisos entre la organización y el SENA, orientados a adelantar el proceso de evaluación y certificación de competencias laborales.

Este proceso está proyectado para aproximadamente 350 aspirantes, en las siguientes normas de competencia:

- 210601020: Atender clientes de acuerdo con el procedimiento técnico de servicio y la normativa vigente.
- 210301098: Procesar el recaudo de caja de acuerdo con la normativa y el manual técnico.
- 210303037: Reconocer recursos financieros de acuerdo con la política y la normativa contable.
- 210303040: Elaborar presupuestos de acuerdo con la metodología y la guía técnica.

Por su parte, las competencias asistenciales serán programadas durante el mes de enero, en articulación con otro centro de servicios del SENA, de acuerdo con la disponibilidad y lineamientos del ente certificador.



b. Indicadores de Talento Humano

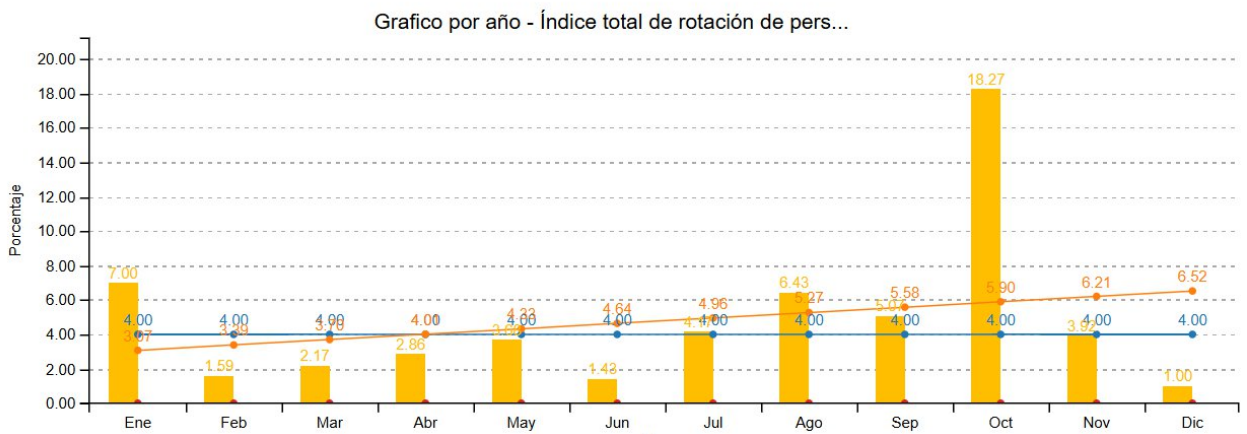
Sucursal Casanare

1. Índice de rotación de personal

GRÁFICA 101. INDICE TOTAL DE ROTACIÓN DE PERSONAL (%)

Valores capturados												
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2025	7,00	1,59	2,17	2,86	3,68	1,43	4,17	6,43	5,07	18,27	3,92	1,00
2026	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %



Fuente: Tablero de indicadores de talento humano

Durante el mes de diciembre de 2025, el índice total de rotación de personal en JERSALUD S.A.S. – Casanare alcanzó el 1%, ubicándose por debajo de la meta establecida del 4%. Este resultado se atribuye a un (1) retiros de carácter voluntario, ocasionados por la renuncia de una auxiliar de enfermería. El retiro voluntario se presentó en las sedes de Villanueva, involucrando personal del área asistencial.

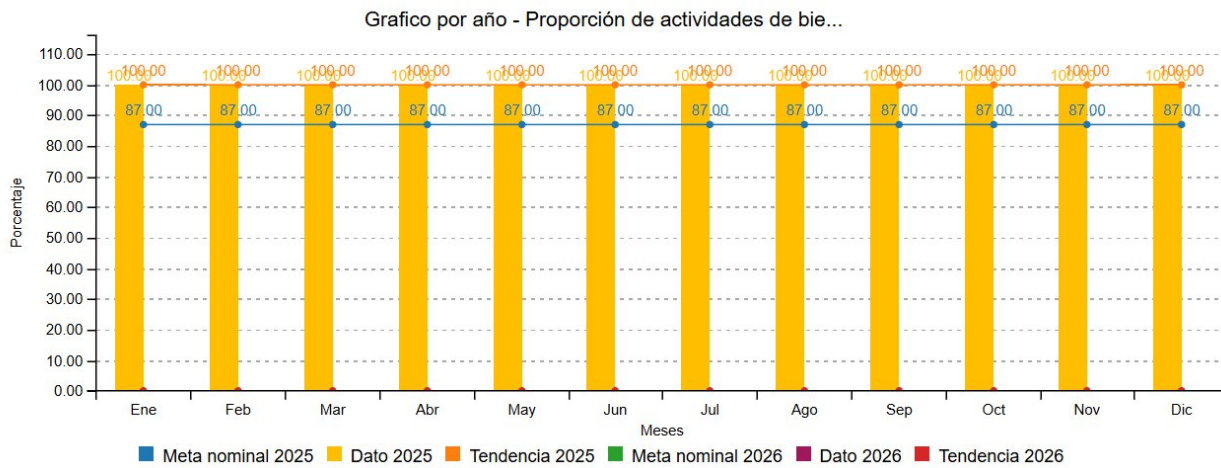
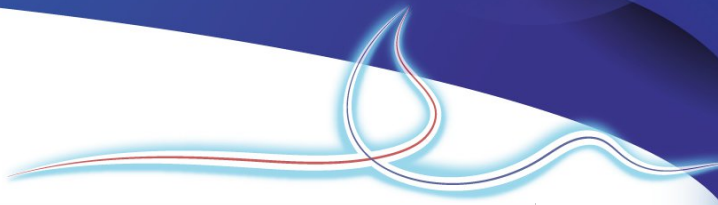
2. Proporción de cumplimiento al programa de bienestar

Fuente: F GRÁFICA. PROPORCION DE CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE BIENESTAR

Valores capturados												
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2025	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
2026	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: %

Vigilado Supersalud



Análisis: Durante el mes de diciembre, se celebraron los cumpleaños de cinco (5) colaboradores, quienes recibieron sus respectivas felicitaciones y detalles, fortaleciendo el sentido de pertenencia y el reconocimiento dentro de la institución.

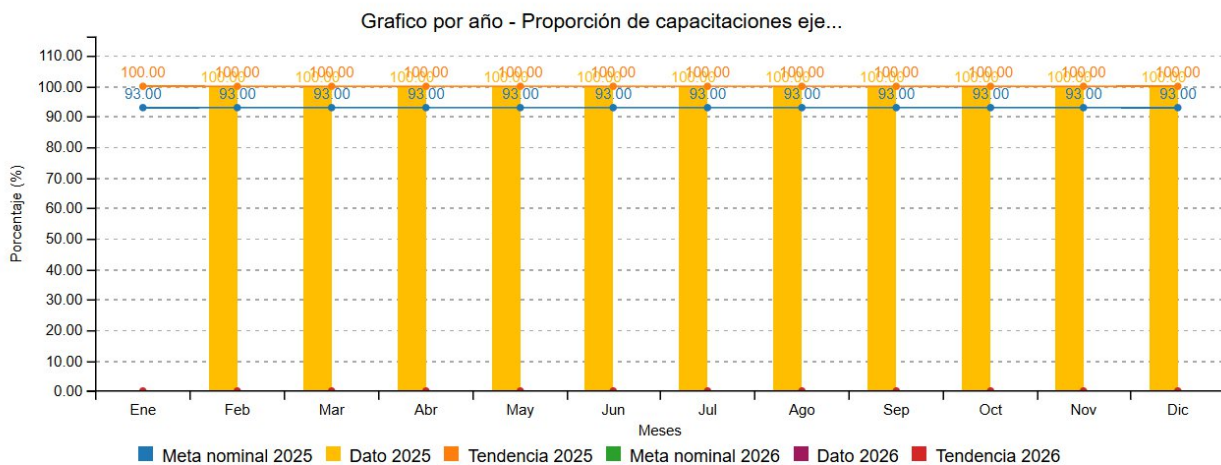
De igual manera, se desarrollaron diversas actividades de bienestar, entre las cuales se destacan: la realización del desayuno saludable, la conmemoración del Día del Regente, la celebración del Día del Médico y la entrega de detalles navideños a los colaboradores.

Estas actividades contribuyeron al fortalecimiento del clima laboral y al bienestar del talento humano de la organización.

Estas acciones reafirman el compromiso de JERSALUD SAS con el bienestar y reconocimiento de sus colaboradores.

5. *Proporción de cumplimiento al plan anual de capacitación.*

GRÁFICA. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN (%)



Fuente: Plan anual de capacitación



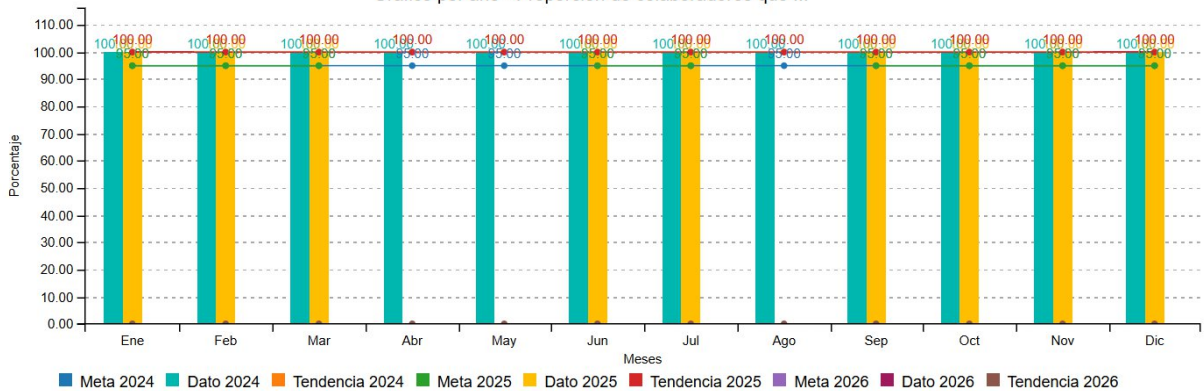
"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

Durante el mes DICIEMBRE se notificó la capacitación de reinducción la cual fue ejecutada durante el periodo por parte del personal con una participación total de 100%.

Estas acciones contribuyen al mejoramiento continuo del desempeño del equipo de trabajo y al cumplimiento de los estándares institucionales de calidad.

6. Proporción de satisfacción de actividades de talento humano

GRÁFICA. PROPORCION DE SATISFACCIÓN DE TALENTO HUMANO (%)
 Gráfico por año - Proporción de colaboradores que ...



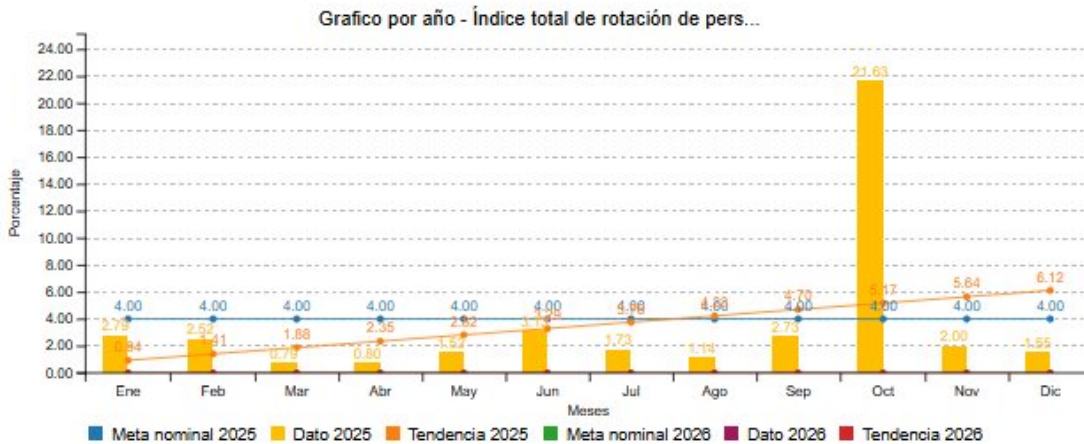
Fuente: Encuesta de satisfacción planes y programas

Durante el mes de Diciembre, se llevaron a cabo procesos de inducción y capacitación para un nuevo colaborador, distribuidos así:

- 1 nuevos colaboradores con Inducción
- Auxiliar de Vacunacion
- Aprendiz sena etapa lectiva
- Satisfacción del proceso: 93,17%
- Rrefleja la calidad y pertinencia de la inducción recibida.

Sucursal Meta

1. Índice de rotación de personal



Fuente: Tablero de indicadores de talento humano



Análisis: Con relación al mes de DICIEMBRE el indicador de rotación de personal involuntario corresponde al 1.54% encontrándose por debajo de la meta establecida del 4%. Este indicador se dio por:

Durante el mes de DICIEMBRE no se presentaron terminaciones de contrato.

Renuncias voluntarias:

1 renuncia voluntaria de auxiliar administrativa del municipio de Villavicencio.

1 renuncia voluntaria de médico general del municipio de San Martín.

1 renuncia voluntaria de auxiliar de enfermería ambulatorio del municipio de Granada

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUNI	JULI	AGT	SEPT	OCT	NOV	DIC	% de
INDICADOR DE ROTACION DE PERSONAL INVOLUNTARIO	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	4%

Tipos de trabajador año 2025



El promedio de este indicador en el año 2025 para el personal administrativo fue del 29%, para el personal operativo fue del 22% y para el personal asistencial fue del 74%, este último se dio por la rotación de personal presentada durante el año, donde se evidencia un cambio importante desde el mes de octubre, debido al despido del personal grupo ECIS - M ya que se finalizó este contrato con Fiduprevisora.

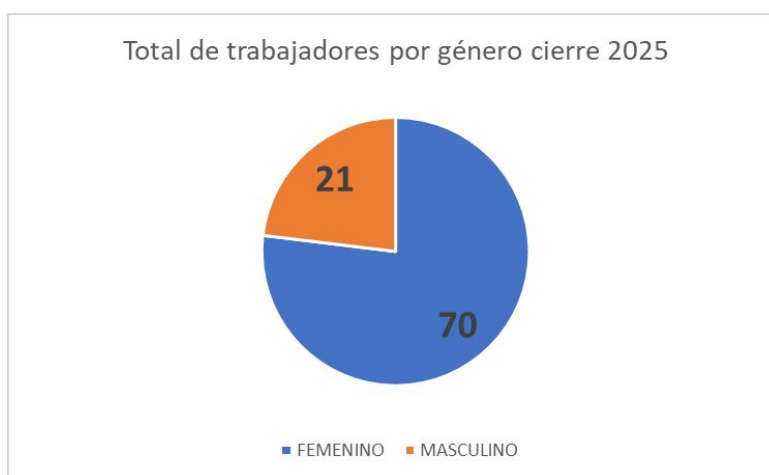
Tipos de contrato año 2025



El promedio de este indicador muestra la modalidad de contratos que se tuvieron durante el año 2025 en el cual tenemos:

- 3,6% CONTRATO APRENDIZ ETAPA PRODUCTIVA.
- 1,3% CONTRATO APRENDIZ ETAPA LECTIVA.
- 74% CONTRATO TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO.
- 44,3% CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO.
- 0,1% CONTRATO POR OBRA O LABOR.

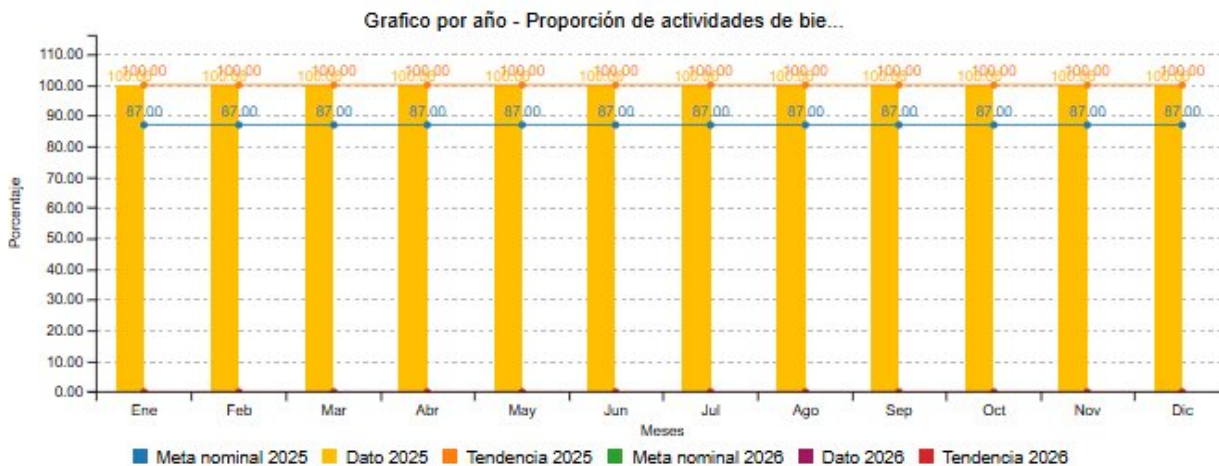
Total de trabajadores por género cierre 2025



En el año 2025 se cerró con una totalidad de 70 funcionarias género femenino y 21 funcionarios género masculino.



2. Proporción de cumplimiento al programa de bienestar



Fuente: Programa de bienestar anual

Análisis: Durante el año 2025 se da cumplimiento al 100% del programa de bienestar. En el mes de DICIEMBRE celebramos los cumpleaños de los colaboradores, quienes recibieron cálidas felicitaciones y obsequios. También se entregaron los detalles de navidad para los colaboradores y sus hijos.

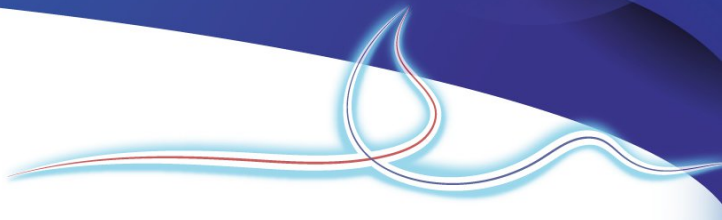
Durante el año 2025 se realizaron las diferentes actividades de bienestar, entre las cuales tuvimos:

Día de la mujer



Día del hombre





Día del trabajador



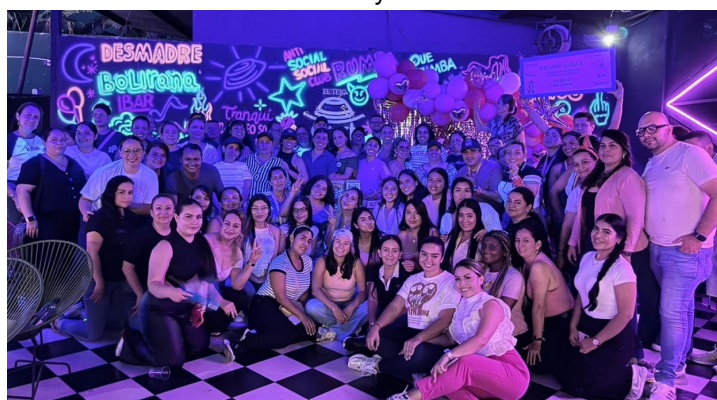
Cumpleaños



Jornadas de desayuno saludable



Celebración amor y amistad



Halloween



Celebración de las profesiones

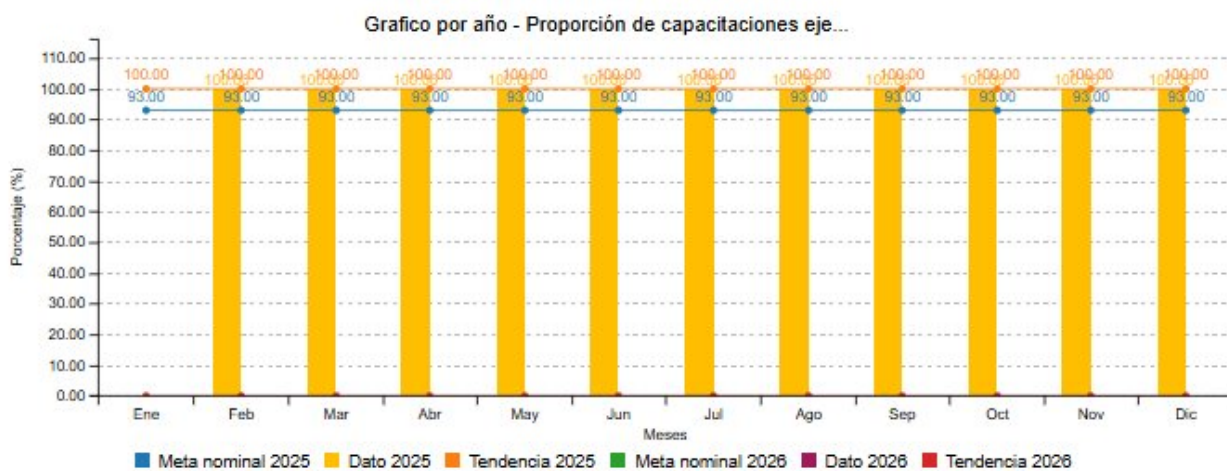




Navidad



3. Proporción de cumplimiento al plan anual de capacitación



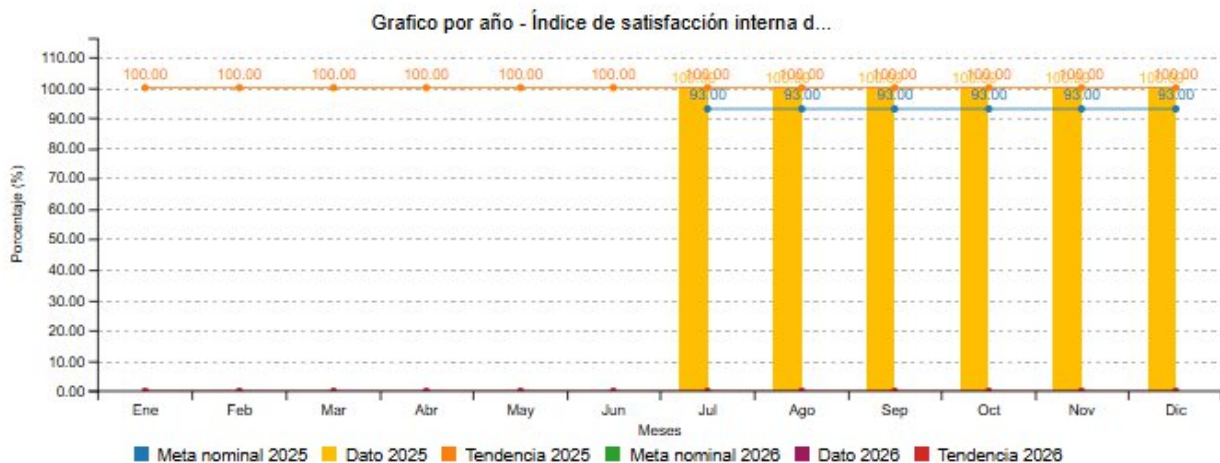
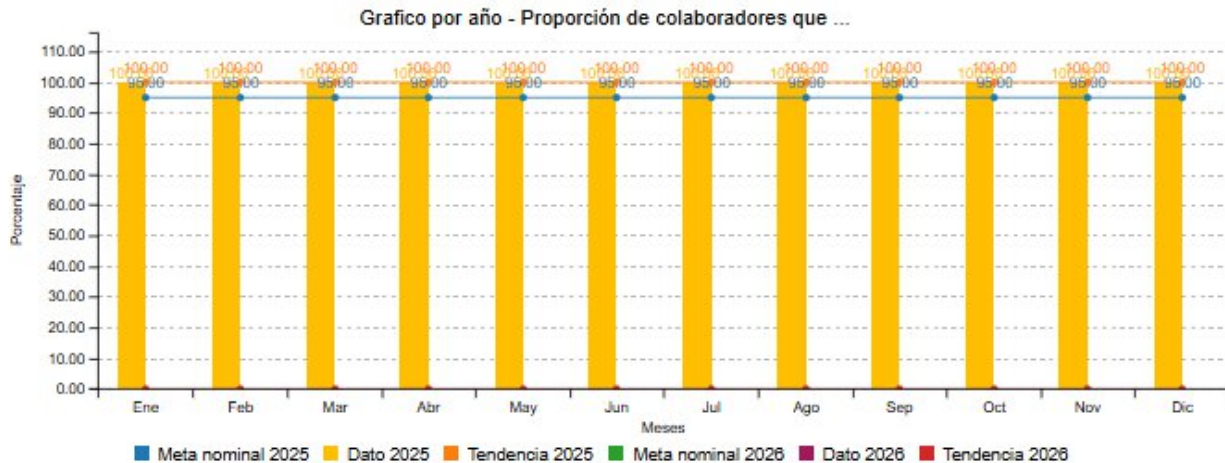
Fuente: Plan anual de capacitación

Análisis: Durante el año 2025 se notificaron las capacitaciones las cuales fueron ejecutadas durante el periodo por parte del personal con una participación total de 100%.

Estas acciones contribuyen al mejoramiento continuo del desempeño del equipo de trabajo y al cumplimiento de los estándares institucionales de calidad.



4. Proporción de satisfacción de actividades de talento humano



Fuente: Encuesta de satisfacción planes y programas.

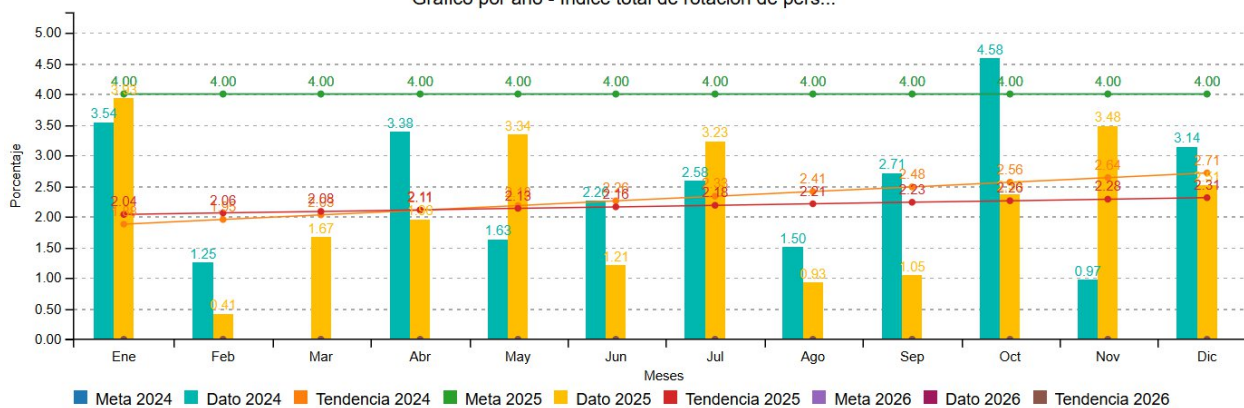
Análisis: Durante el año 2025 se realizó envío de encuesta para calificar la satisfacción de los diferentes temas socializados a través de la plataforma Moodle, teniendo una satisfacción general superior a 4.5, que equivale al 95%.



Sucursal Boyacá

5. Índice de rotación de personal

Grafico por año - Índice total de rotación de pers...



Fuente: Tablero de indicadores de talento humano DARUMA

Análisis:

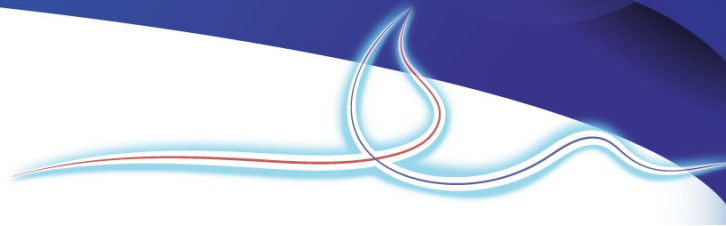
Durante el mes de diciembre de 2025 el índice de rotación total fue del 2.51% el cual se obtuvo un total de 10 retiros: Siendo 2 funcionarios con retiro involuntario distribuidos así: 1 funcionario fue por terminación de cubrimiento de vacaciones bajo el siguiente cargo: Un (1) Auxiliar de Farmacia Y (1) funcionario fue por terminación de contrato por vencimiento bajo el siguiente cargo: Un (1) Líder departamental de farmacia. Y 8 retiros voluntarios bajo los siguientes cargos: Un (1) Regente de Farmacia, un (1) Auxiliar de enfermería ambulatorio, cinco (5) Auxiliares de farmacia, Un (1) Medico General tipo I.

Análisis anual:

Durante el año 2025, JERSALUD S.A.S. mantuvo una rotación de personal moderada y controlada, asociada principalmente a contratos temporales, cubrimientos de vacaciones y licencias, vencimientos contractuales, ajustes organizacionales y retiros voluntarios. El indicador se mantuvo estable y por debajo de la meta del 4%.

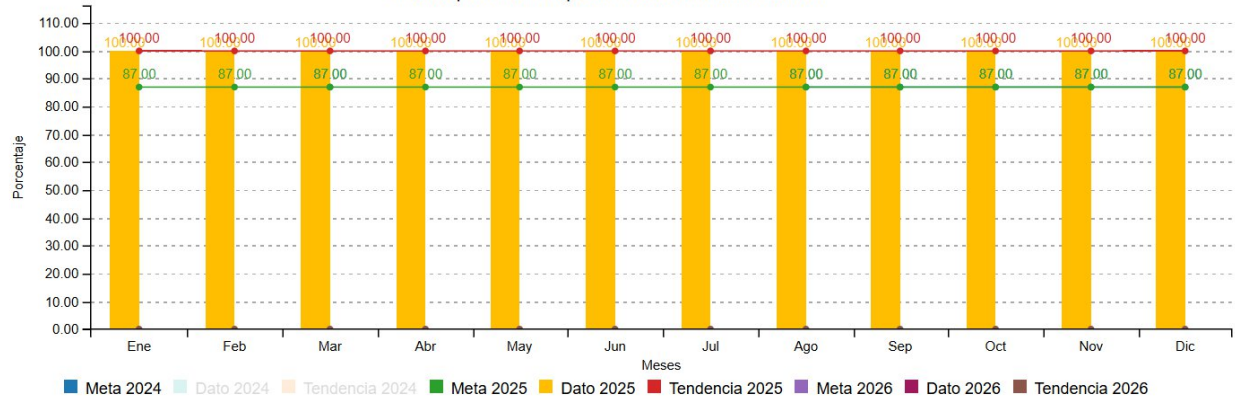
La mayor rotación se concentró en cargos asistenciales (enfermería, farmacia y medicina general). Al cierre del primer semestre, el promedio de rotación fue del 2,09%, inferior al registrado en el mismo periodo de 2024.





5.2.3.2 Proporción de cumplimiento al programa de bienestar

Grafico por año - Proporción de actividades de bie...



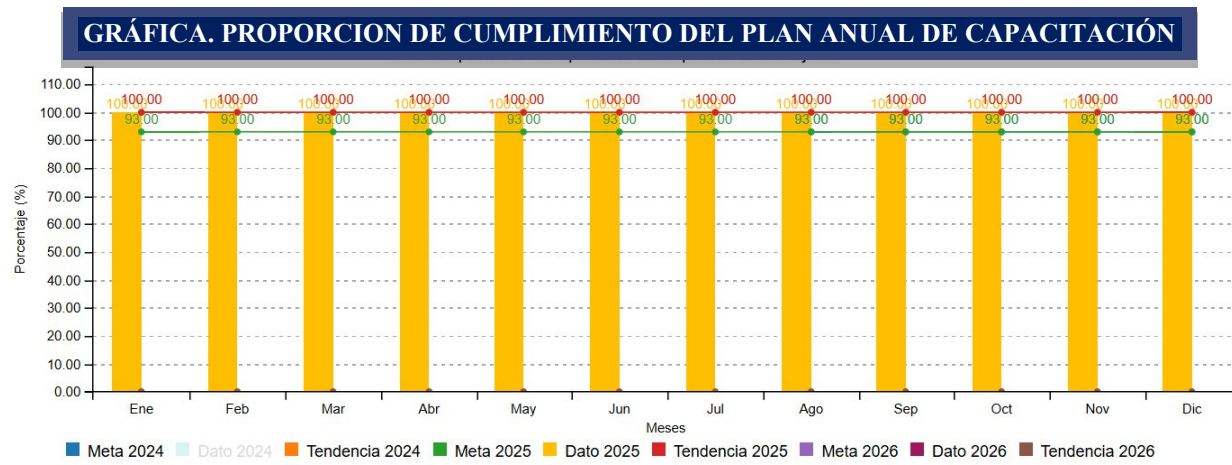
Análisis: Durante el mes de Diciembre de 2025, dentro del plan de bienestar se registran actividades realizadas inherentes al programa y alineadas con la ejecución de estas, se registra la celebración para los trabajadores que cumplen años, 11 trabajadores en el presente mes, exaltando al personal con el detalle y enviando la tarjeta de cumpleaños correspondiente; así mismo, se establece el proyecto de desayuno saludable el último viernes del mes y se celebraron eventos conmemorativos como el Día del auxiliar de farmacia, Día del Médico, Día del Regente de Farmacia, Día del Biomédico, Día de las velitas, Día de Navidad, Día de año Nuevo, exaltando a los trabajadores con respectivo detalle.

Análisis anual:

Durante el año 2025, la empresa ejecutó de manera continua y organizada su Plan de Bienestar, orientado a fortalecer la integración, el reconocimiento y el bienestar integral de los colaboradores. En este periodo se desarrollaron 37 actividades de bienestar, que incluyeron la celebración de aproximadamente 250 cumpleaños, la realización de 9 eventos conmemorativos y el reconocimiento de 24 profesiones. Estas acciones impactaron positivamente el clima organizacional, promoviendo el sentido de pertenencia y reafirmando el compromiso institucional con el cuidado y la valoración del talento humano.



6. Proporción de cumplimiento al plan anual de capacitación



Fuente: Plan anual de capacitación

Análisis: En el mes de diciembre, se cuenta con un total de 8 capacitaciones programadas en plan de capacitación. dentro de las cuales se encontraban los siguientes temas: reinducción 2025, desnutrición, hiperlipidemia, manual de consentimiento informado, procedimiento de adquisición, procedimiento de transporte, manual de referencia y contrarreferencia, prevención y reporte de accidentes ergonomía, protocolo de higienización de manos

todas estas capacitaciones son para todo el personal dependiendo el área ya sea asistencial, administrativa o de farmacia, se logró un cumplimiento del 100% en las capacitaciones, se alcanzó un promedio de calificación de 9.6 y una participación del 90%.

Análisis Anual:

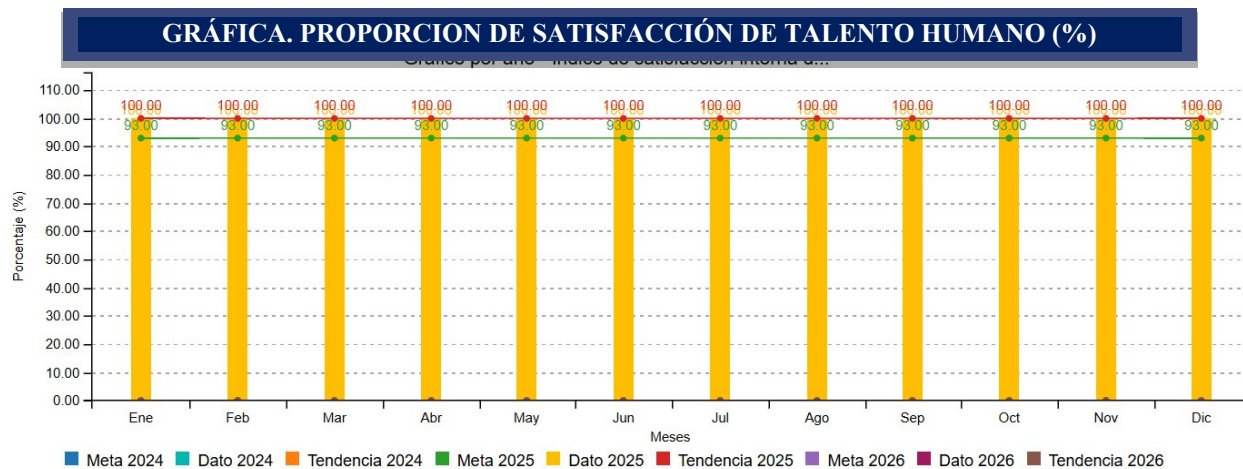
Durante 2025, se ejecutó con éxito el Plan de Capacitación, cumpliendo el 100% de las actividades programadas y asegurando la formación continua del talento humano.

Se realizaron 113 capacitaciones en totalidad, registradas en Moodle y ejecutadas según el cronograma, con un promedio de calificación de 9.8 y una participación del 85%, evidenciando la calidad de los contenidos y el compromiso de los colaboradores.

El cumplimiento del plan fortaleció competencias, mejoró el desempeño organizacional y reafirmó el compromiso institucional con el desarrollo profesional del personal.



7. Proporción de satisfacción de actividades de talento humano



Fuente: Encuesta de satisfacción planes y programas.

Análisis: En cuanto a satisfacción de las actividades de Talento Humano, en el mes de diciembre se realizaron inducciones y se llevaron a cabo 07 ingresos de personal, donde el promedio de satisfacción de inducción es de 4.7% equivalente al 98%. Los resultados permiten manifestar que existe un buen proceso de preparación y organización del proceso de inducción y se cuenta con información clara, pertinente y suficiente frente a la adaptación y conocimiento de la organización.

Análisis Anual:

Durante el año 2025, las actividades de Talento Humano mostraron altos niveles de satisfacción, reflejando la efectividad en la planificación y ejecución de los programas.

Inducciones: Se realizaron 190 inducciones en total (96 en el primer semestre y 94 en el segundo), con un promedio de satisfacción global del 96,5%. Capacitaciones: Se cumplieron 113 capacitaciones durante el año, alcanzando una satisfacción del 100% y en Actividades de bienestar: Se ejecutaron 37 actividades de bienestar, también con una satisfacción del 100%.

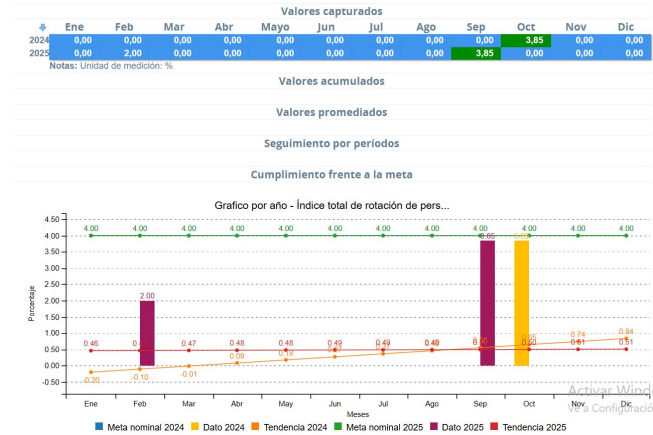
En conjunto, las acciones de Talento Humano durante 2025 lograron excelente aceptación y satisfacción, contribuyendo al desarrollo profesional, al bienestar integral de los colaboradores y al fortalecimiento del clima organizacional.



Sucursal Huila

8. Índice de rotación de personal

Retiros involuntarios:



Fuente: Tablero de indicadores de Daruma

Análisis: para el mes de diciembre: El indicador de **rotación involuntaria de personal** se ubicó en **0%**, lo que significa que durante el periodo evaluado **no se presentaron retiros de personal por causas no voluntarias**, tales como:

- Terminación del contrato por desempeño
- Disciplinarios
- Decisiones administrativas
- Reestructuraciones
- Incapacidad para cumplir funciones
- Otros despidos o retiros no voluntarios

Este es un resultado **muy favorable**.



Retiros voluntarios.

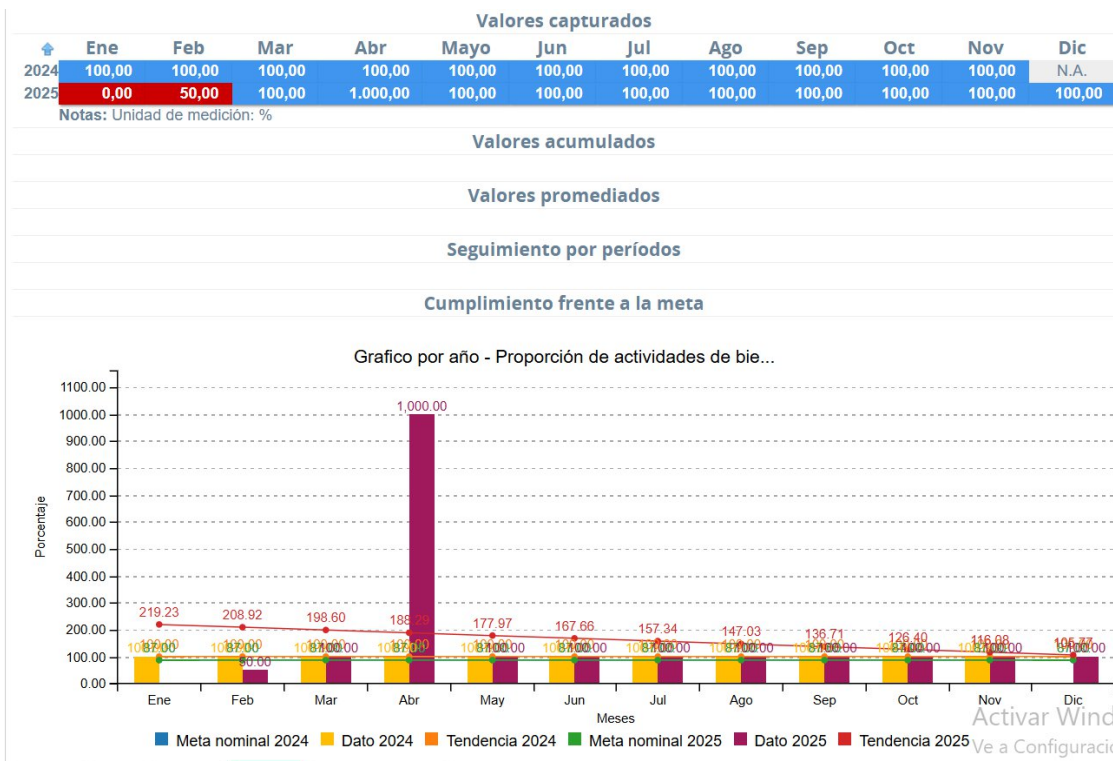


Fuente: Tablero de indicadores de Daruma

Durante el mes de **diciembre** se presentó **1 retiro voluntario de un total de 26 empleados**, equivalente a un **3,8%**, valor que se encuentra **dentro de la meta establecida (4%)**. Este resultado evidencia un **adecuado nivel de retención del personal** y estabilidad del talento humano, sin impacto significativo en la continuidad de los servicios.



Proporción de cumplimiento al programa de bienestar

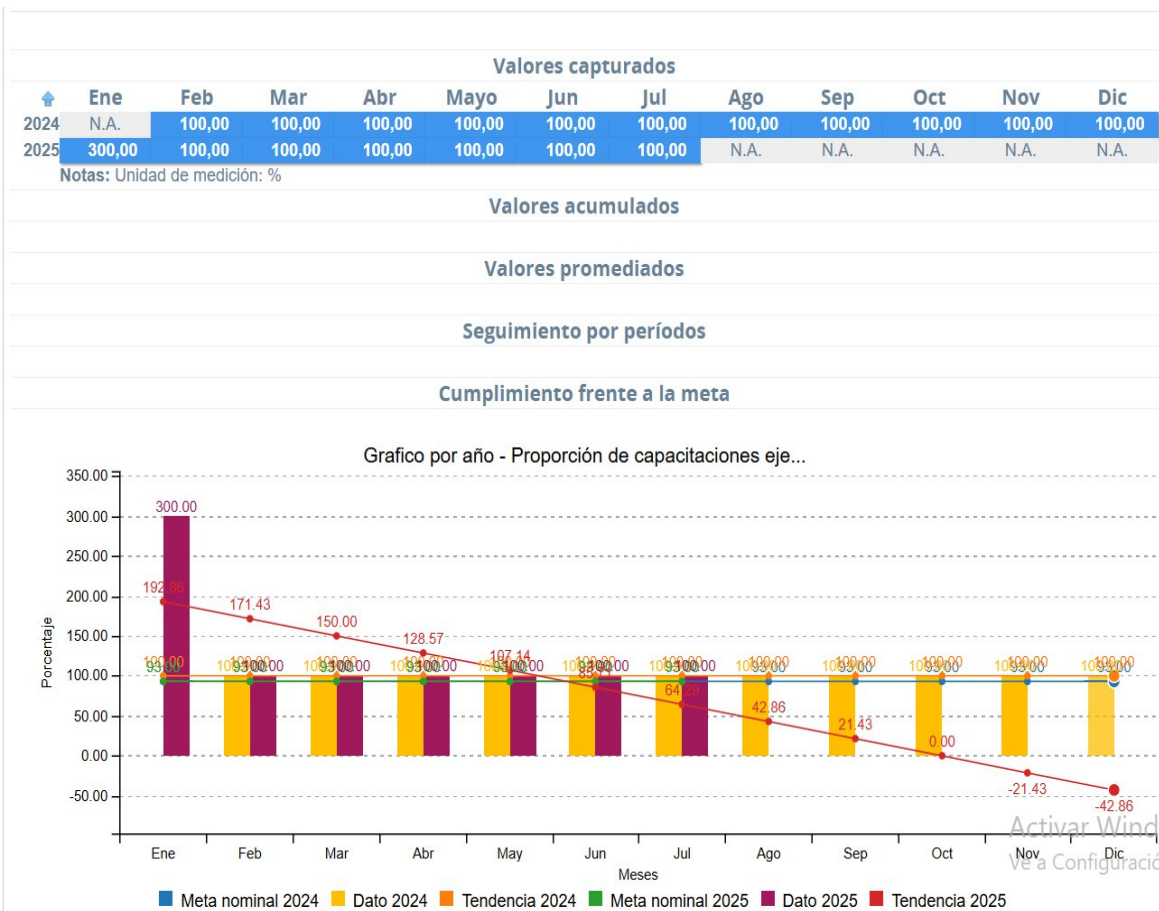


Fuente: Tablero de indicadores de Daruma

Análisis: Durante el mes de diciembre, la actividad de bienestar correspondiente a la celebración de cumpleaños de nuestros colaboradores, navidad de los hijos de nuestros colaboradores, y Navidad de los empleados de la uci que cumplieron en este mes.



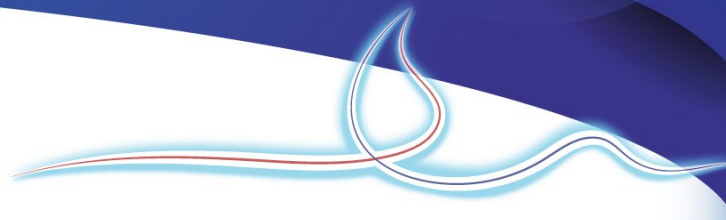
GRÁFICA. PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN (%)



Fuente: Tablero de indicadores de Daruma

Análisis: Durante el mes de diciembre 2025, se alcanzó un cumplimiento total (100%) del programa de capacitaciones planificadas para el personal, logrando además la participación completa (100%) de los colaboradores. Este resultado refleja una excelente gestión en la planificación, comunicación y ejecución de las actividades formativas, así como un alto nivel de compromiso por parte de los empleados hacia su desarrollo profesional y los objetivos organizacionales.





☑ PREVENCIÓN Y REPORTE DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

 PREVENCIÓN Y REPORTE DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

 EVALUACIÓN PREVENCIÓN REPORTE DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

☑ HIPERLIPIDEMIA

 HIPERLIPIDEMIA

 EVALUACIÓN HIPERLIPIDEMIA

 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

☑ MANUAL DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

 MANUAL DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

 EVALUACIÓN MANUAL DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

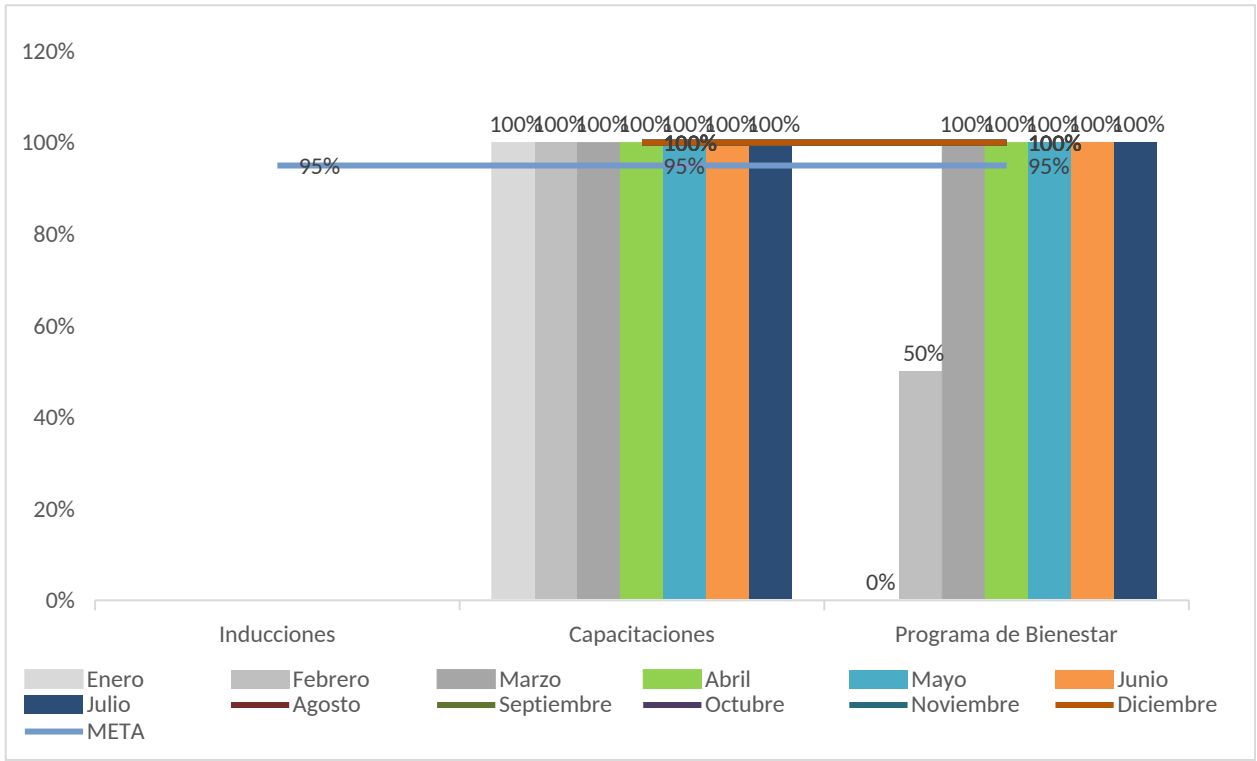
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN





GRÁFICA. PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN DE TALENTO HUMANO (%)

Fuente: Encuesta de satisfacción planes y programas



Análisis: En el mes de diciembre 2025, se generó medición de las capacitaciones generadas, teniendo como base que no se ha realizado reinducciones ni ingreso de personal nuevo, Seguridad y Salud en el Trabajo

Sucursal Casanare

9. Frecuencia de Accidentalidad



Fuente del Dato: SharePoint – Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – Casanare – 2025– Corte Diciembre

ANALISIS: Proporción de Frecuencia de Accidentalidad-Casanare: En el mes diciembre 2025: 0 % (0/52) resultado obtenido para el indicador frecuencia de accidentalidad en la Sede Casanare en el mes de diciembre de 2025 fue de 0 %, sin brecha sobre la meta establecida <2, ya que por cada 52 trabajadores que laboraron en el mes de diciembre no se presentaron AT.

ACUMULADO AÑO 2025 un (1) Accidente de Trabajo por riesgo Publico SOAT.

10. Severidad de accidentalidad



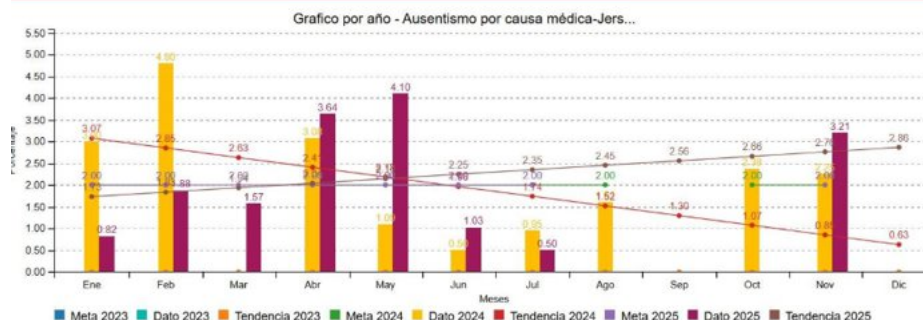
Fuente del Dato: SharePoint – Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – Casanare – 2025 diciembre

ANALISIS: Proporción de la Severidad de Accidentalidad-Jersalud Casanare El resultado obtenido para el indicador severidad de accidentalidad sede Casanare en el mes de diciembre de 2025 fue de 0% (0/0) sin brecha de puntos porcentuales según la meta establecida del 2% estando en un nivel cumplido. Ya que por cada 52 trabajadores que laboraron en el mes de diciembre no se reportaron accidentes laborales.

ACUMULADO AÑO 2025 cero (0) días perdidos por Accidentes de Trabajo.



AUSENTISMO POR CAUSA MEDICA



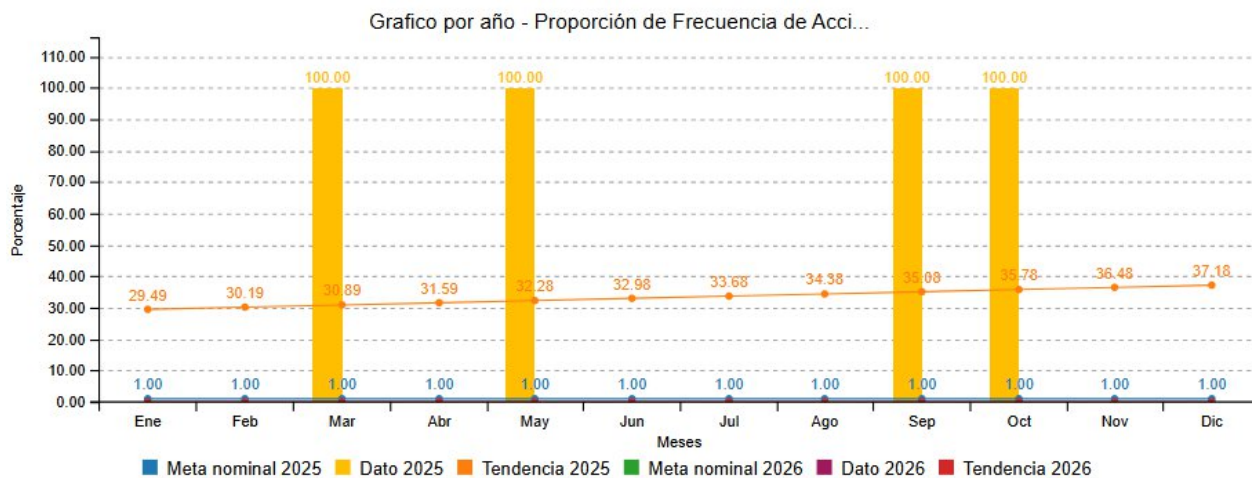
Fuente del Dato: SharePoint – Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – Casanare – 2025– Corte Diciembre

ANALISIS: Ausentismo por causa médica-Jersalud Casanare: Durante el mes de diciembre de 2025, la tasa de ausentismo por causa médica en la sucursal Casanare fue de 3,3 % (43/1300), lo que indica que se registraron 43 días perdidos por incapacidad médica entre los 1300 días trabajados en el periodo. El resultado incumple la meta establecida (>2 %), presentando una brecha porcentual de 1,3 puntos por encima del objetivo definido para el indicador, y se explica principalmente porque se presentó una incapacidad de 30 días durante el periodo evaluado.

ACUMULADO DIAS PERDIDO AÑO 2025 (565 DIAS) promedio mes 11 días perdidos mes.

Sucursal Meta

11. Frecuencia de Accidentalidad diciembre 2025 META



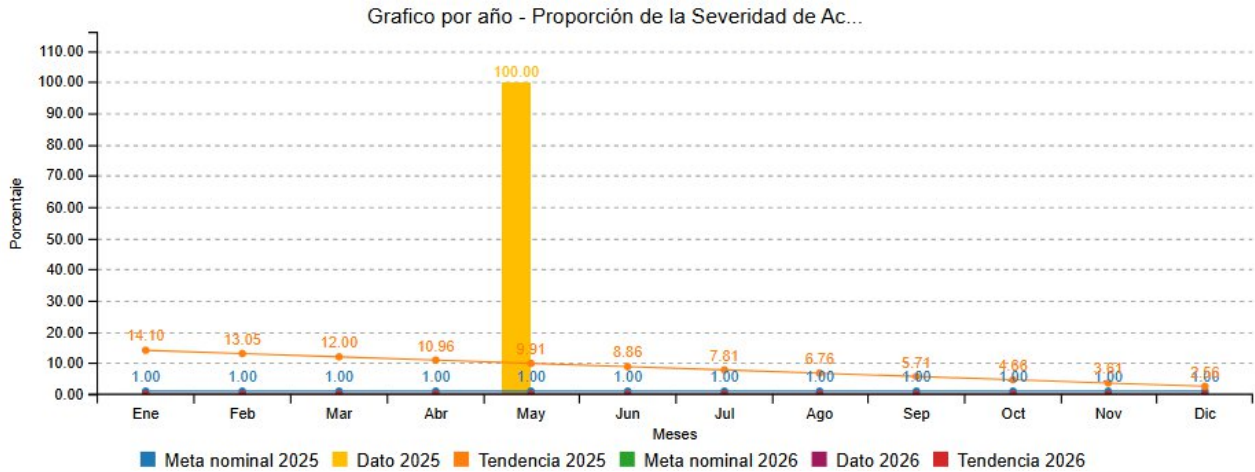
Fuente del Dato: Daruma-Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – Meta – 2025 - Corte diciembre



ANALISIS: En el mes diciembre 2025: se presenta 0% (0/92) resultado obtenido para el indicador frecuencia de accidentalidad en la S. Meta en el mes de noviembre de 2025 fue de 0 %, sobre la brecha de la meta establecida <2,

ACUMULADO AÑO 2025 un (4) Accidentes de Trabajo

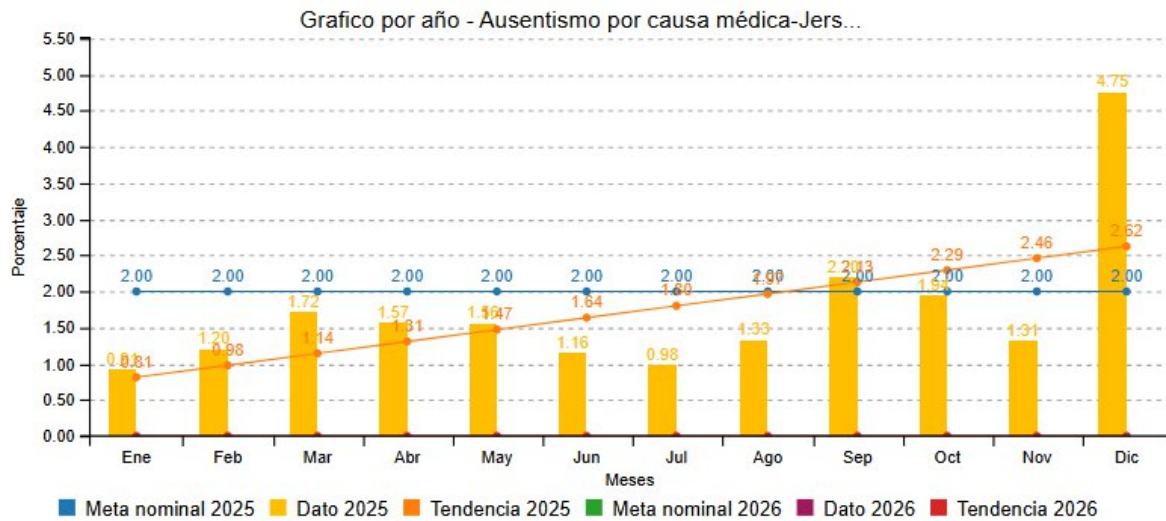
12. Severidad de accidentalidad diciembre 2025 META



ANALISIS: El resultado obtenido para el indicador severidad de accidentalidad sucursal de META en el mes de diciembre de 2025 fue de 0% (0/0) sin brecha según la meta establecida de <2%.

ACUMULADO AÑO 2025 cero (1) días perdidos por Accidentes de Trabajo

13. Ausentismo Por Causa Médica diciembre 2025 META



Fuente del Dato: Daruma -Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – Meta – 2025– Corte diciembre



ANÁLISIS: En el mes de diciembre 2025: se presenta un 4,75 % (92/2392) El resultado obtenido para el indicador Tasa de ausentismo (causas médicas) Meta en el mes de diciembre 2025 fue de 4,75%, como resultado de 21 incapacidades generando un total de 131 días perdidos.

ACUMULADO DIAS PERDIDO AÑO 2025 (626 DIAS) promedio mes 52,1 días perdidos.

Sucursal Boyacá

14. Frecuencia de Accidentalidad



Fuente del Dato: SharePoint – Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – 2025– Corte noviembre

Análisis: En el mes de diciembre 2025: se presenta 0% (0/184) resultado obtenido para el indicador frecuencia de accidentalidad en la Sucursal- Boyacá en el mes de diciembre de 2025 fue de 0 %, sin brecha de la meta establecida <2.

ACUMULADO AÑO 2025 un (1) Accidente de Trabajo riesgo ergonómico.

5.3.3.2. Severidad de accidentalidad Sucursal Boyacá



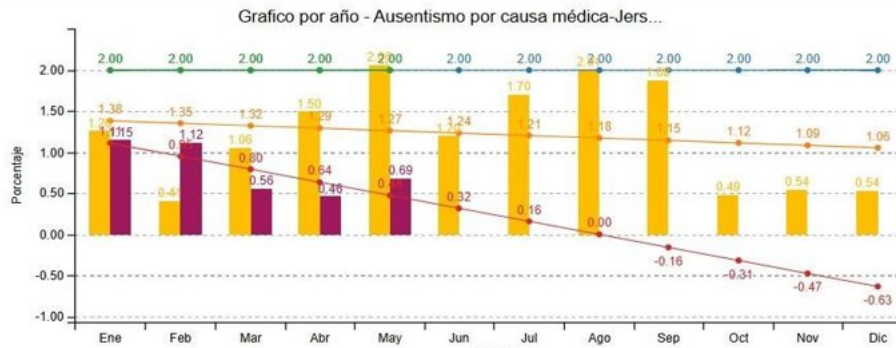
Fuente del Dato: SharePoint – Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – 2025– Corte diciembre 2025.



Análisis: El resultado obtenido para el indicador severidad de accidentalidad sucursal de Boyacá en el mes de diciembre de 2025 fue de 0% (0/0) sin brecha según la meta establecida de <2%.
ACUMULADO AÑO 2025 cero (0) días perdidos por Accidentes de Trabajo

5.3.3.3. Ausentismo por Causa Médica Sucursal Boyacá

AUSENTISMO POR CAUSA MEDICA



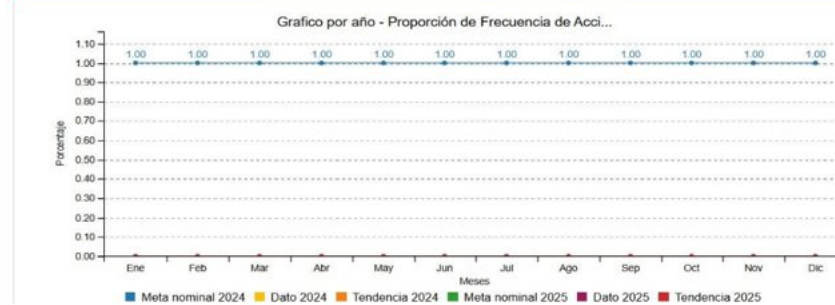
Fuente del Dato: SharePoint – Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – 2025– Corte diciembre 2025

ANALISIS: Resultado para el mes de diciembre de 2025 fue del 0.34 % (16/4600) El resultado obtenido para el indicador Tasa de ausentismo (causas médicas) Boyacá en el mes de diciembre de 2025 fue de 0.34 %, sin brecha por debajo de la meta establecida de <2%.

ACUMULADO DIAS PERDIDO AÑO 2025 (720 DIAS) promedio mes 5 días perdidos.

5.3.3.2 Frecuencia de accidentalidad Sucursal Bogotá

FRECUENCIA DE LA ACCIDENTALIDAD



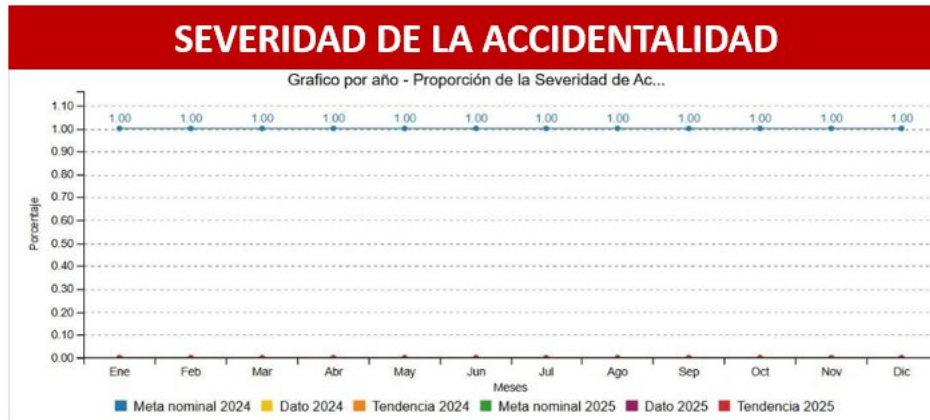
Fuente del Dato: SharePoint – Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – 2025– Corte diciembre 2025



ANALISIS :Proporción de Frecuencia de Accidentalidad-Bogotá: En el mes diciembre 2025: 0 % (0/21) resultado obtenido para el indicador frecuencia de accidentalidad en la Sede Bogotá en el mes de diciembre de 2025 fue de 0 %, sin brecha sobre la meta establecida <2, ya que por cada 21 trabajadores que laboraron en el mes de diciembre no se presentaron AT.

ACUMULADO AÑO 2025 cero (0) Accidentes de Trabajo.

5.3.3.3 Severidad de accidentalidad Sucursal Bogotá



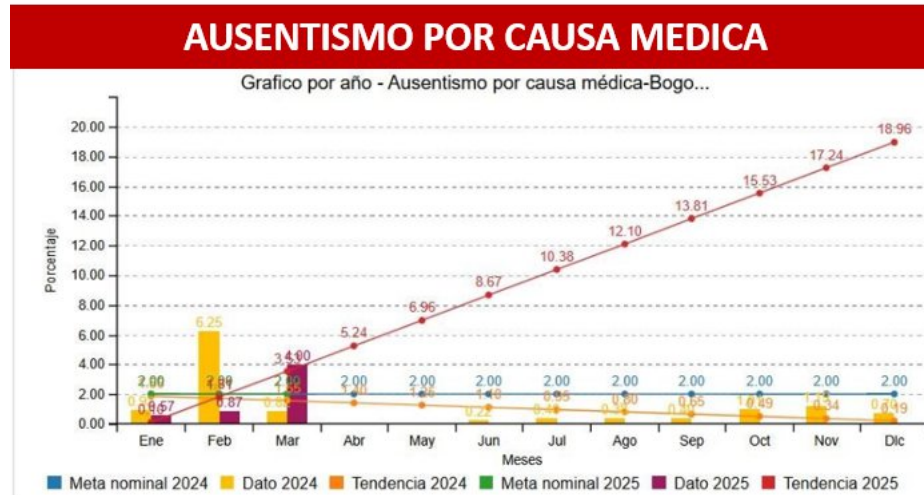
Fuente del Dato: SharePoint – Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – 2025– Corte diciembre 2025.

ANALISIS: Proporción de la Severidad de Accidentalidad-Jersalud Bogotá E resultado obtenido para el indicador severidad de accidentalidad sede Bogotá en el mes de Diciembre de 2025 fue de 0% (0/0) sin brecha de puntos porcentuales según la meta establecida del 2% estando en un nivel cumplido. Ya que por cada 21 trabajadores que laboraron en el mes de diciembre no se reportaron accidentes laborales.

ACUMULADO AÑO 2025 cero (0) días perdidos por Accidentes de Trabajo.



5.3.3.3. Ausentismo Por Causa Médica Bogotá

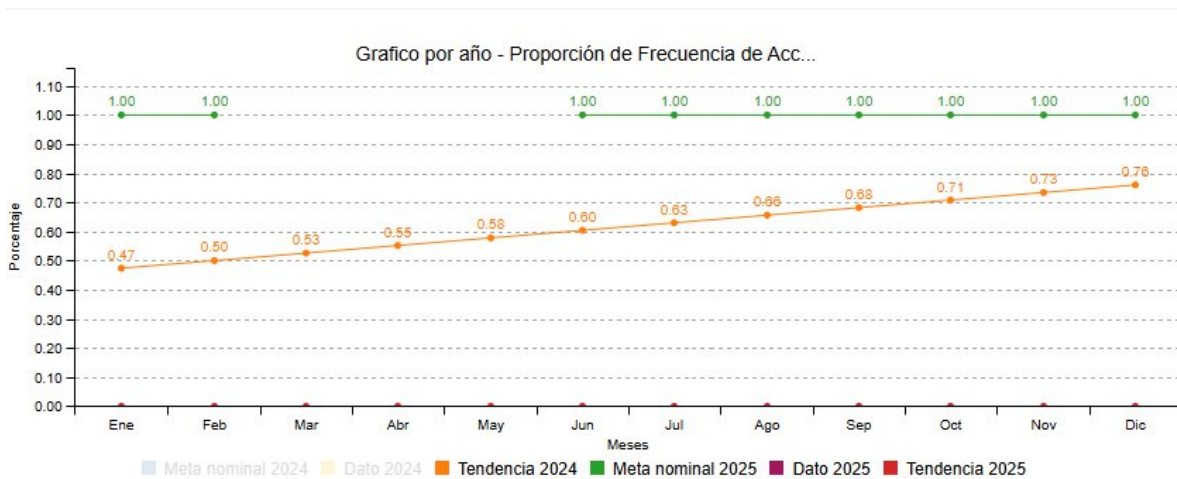


Fuente del Dato: SharePoint – Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – 2025– Corte diciembre 2025.

ANALISIS: Ausentismo por causa médica-Jersalud Bogotá: Durante el mes de diciembre de 2025, la tasa de ausentismo por causa médica en la sucursal Bogotá fue de 3,3 % (0/525), lo que indica que se registraron 0 días perdidos por incapacidad médica entre los 525 días trabajados en el periodo. El resultado cumple con la meta establecida (>2 %), presentando cero brechas.

ACUMULADO DIAS PERDIDO AÑO 2025 (366 DIAS) promedio mes 8 días perdidos.

7. Frecuencia de Accidentalidad Sucursal Huila



Fuente del Dato: SharePoint – Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – Neiva – 2025– Corte diciembre 2025



Resultados – Diciembre 2025: 0/25

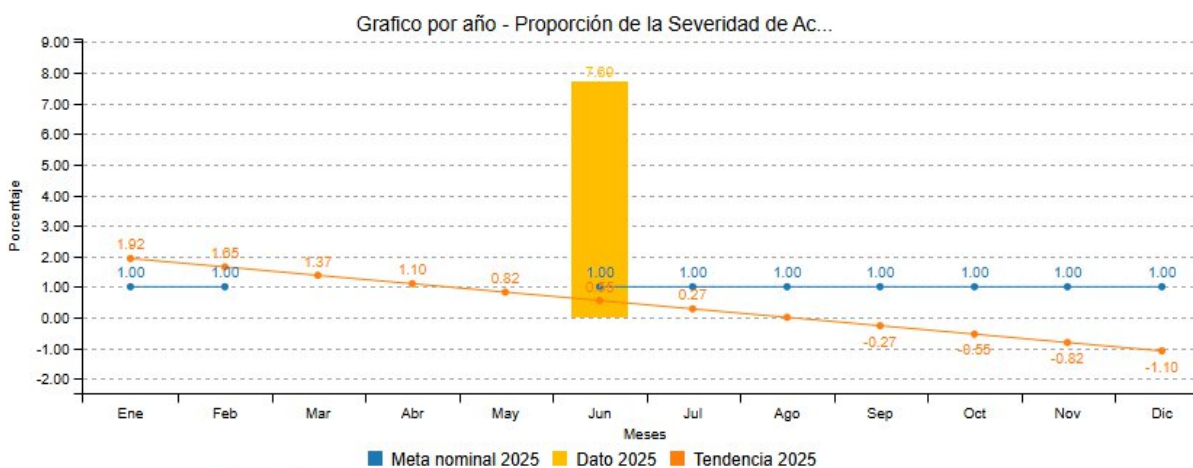
Durante el mes de diciembre de 2025, el indicador de Frecuencia de Accidentalidad del personal asistencial de la sede Neiva presentó un resultado de 0, correspondiente a cero (0) accidentes de trabajo registrados entre los 25 colaboradores asistenciales activos durante el período evaluado.

Este resultado cumple satisfactoriamente la meta institucional establecida (< 2), sin evidenciar ningún tipo de desviación estándar frente al objetivo definido para el proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo.

El desempeño del indicador durante el mes evaluado refleja un entorno laboral estable y libre de eventos accidentales, lo cual contribuye al fortalecimiento de la cultura de autocuidado y al mejoramiento continuo de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo en la sede de la UCI JERSALUD NEIVA.

ACUMULADO AÑO 2025: 0 ACCIDENTES DE TRABAJO

Severidad de accidentalidad



Fuente del Dato: SharePoint – Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – 2025– Corte diciembre

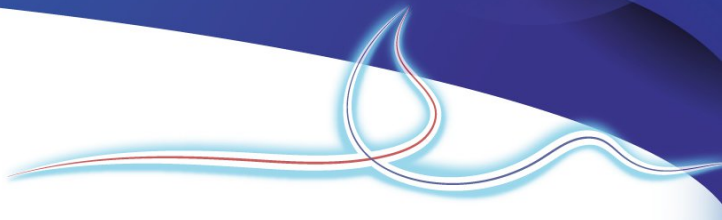
8. Resultados – diciembre 2025: 0/25

Durante el mes de diciembre de 2025, el indicador de Severidad de Accidentalidad del personal asistencial de la sede Neiva registró un valor de 0, evidenciando el cumplimiento pleno de la meta nominal establecida ($< 2\%$), sin presentarse ningún tipo de desviación estándar.

Este resultado se explica por la ausencia de días de incapacidad derivados de accidentes de trabajo (AT) o enfermedades laborales (EL) entre los 25 colaboradores asistenciales activos durante el período evaluado. De igual manera, no se presentaron prórrogas de incapacidades asociadas a eventos ocurridos en periodos anteriores, lo cual impactó positivamente el comportamiento del indicador.

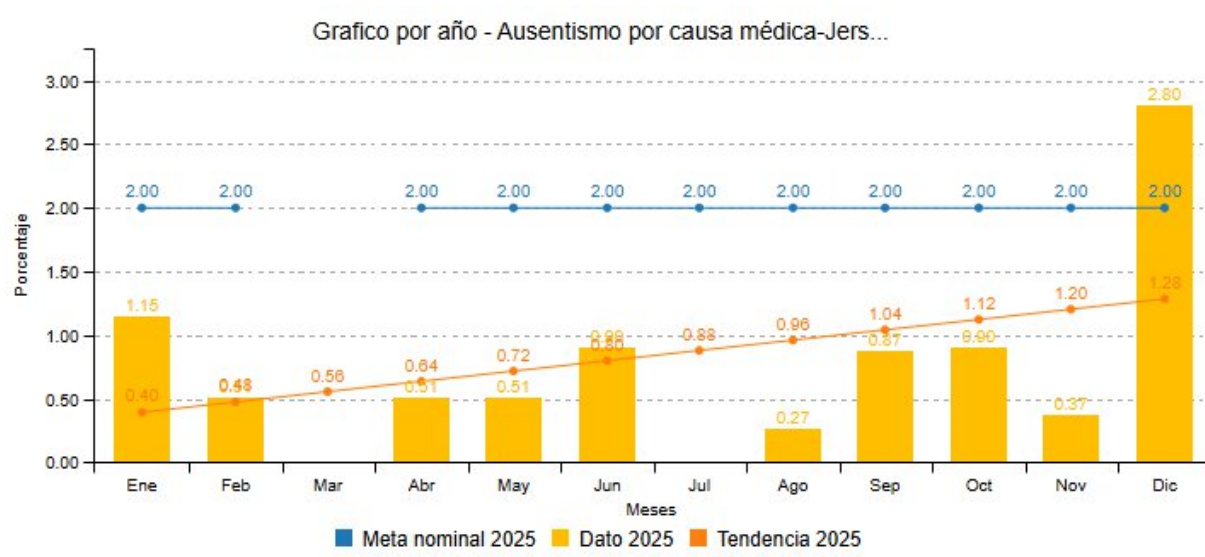
El resultado obtenido para este mes en este indicador refleja un entorno laboral controlado y estable, con impacto mínimo sobre la continuidad operativa y el bienestar del talento humano, fortaleciendo la cultura de prevención y autocuidado en la sede Neiva.





ACUMULADO AÑO 2025: 0 DIAS PERDIDOS A CAUSA DE ACCIDENTES DE TRABAJO

9. Ausentismo Por Causa Médica



Fuente del Dato: SharePoint – Indicadores – Tablero Gestión Integral de Salud y Seguridad en el Trabajo – Neiva – 2025– Corte diciembre

Resultado diciembre: 21/750

Durante el mes de diciembre de 2025, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la sede Neiva presentó un resultado de 2,80 en el indicador evaluado, calculado a partir de la pérdida de 21 días laborales frente a un total de 750 días programados para el período. Este resultado se encuentra por encima de la meta establecida de $\leq 2,00$, evidenciando un comportamiento desfavorable frente al objetivo definido por la organización.

El valor del indicador refleja una variabilidad significativa, representada en una desviación estándar de 8 puntos, asociada principalmente al reporte de cinco (5) incapacidades médicas durante el mes evaluado. Dichas incapacidades generaron un impacto directo en la disponibilidad del talento humano y en la continuidad operativa del servicio, lo que influyó negativamente en el desempeño del indicador.

Desde el enfoque del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), este comportamiento evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, especialmente en áreas críticas como la UCI, donde la carga física, mental y emocional del personal es elevada. Así mismo, se recomienda realizar un análisis causal de las incapacidades presentadas, con el fin de identificar factores recurrentes y definir medidas de intervención orientadas a la reducción del ausentismo y al cumplimiento sostenido de la meta institucional.



ACUMULADO DIAS PERDIDOS AÑO 2025: (69 DIAS) Promedio mes 6 días perdidos.

10. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

a. Proporción de avance de Estrategia Operación TIC Nacional

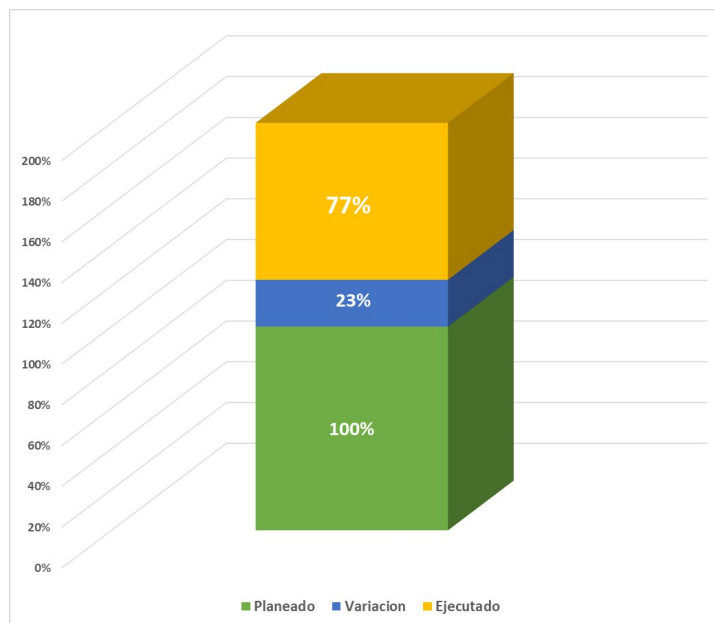


Ilustración 1 Avance de Plan Estratégico Nacional de TIC en Project 2025

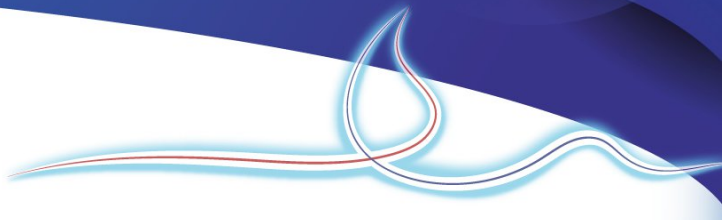
La estrategia TIC Nacional para vigencia diciembre de 2025 cerró con un porcentaje de avance del 77% (67% Anterior) del trabajo ejecutado por las diferentes dimensiones del equipo Nacional del 100% que se esperaba para cierre de mes y final de año.

La causal de esta variación del **23%** se debe a las actividades no previstas de la operación, como:

- ✓ Actualización de cliente Medilaser y Medifaca para cumplimiento de norma de RIPS Electrónicos.
- ✓ Apertura de sede Hemodinamia y Resonancia Medilaser Duitama.
- ✓ Apertura de 1ra Fase Nueva sede de Jersalud Sucursal Yopal.
- ✓ Ausencia de profesional Junior en la dimensión de Redes y Seguridad.
- ✓ Ausencia de profesional Senior en la dimensión de Infraestructura.
- ✓ Implementación de Mejoras en desarrollo propio Turnext.
- ✓ Implementación de integración Bionexo – índigo FarmaQX.
- ✓ Actualización de índigo Aeromas para cumplimiento de norma de RIPS Electrónicos.
- ✓ depuración de índices Obsoletos Base de Datos Indigo Medilaser.
- ✓ Monitoreo de rendimiento y optimización de procesos en Base de Datos.
- ✓ Creación de Tablero de trazabilidad RIPS Medifaca e IMO
- ✓ Creación de Indicadores Financieros para Jerder
- ✓ Creación de Tablero de Trazabilidad de RIPS Medilaser
- ✓ Creación de Tablero de Revalorización de los pacientes en urgencias Medilaser
- ✓ Creación de Tablero de desviación estándar indicadores central de datos Medilaser
- ✓ Creación de Tablero de Trazabilidad de RIPS Jersalud
- ✓ Creación de Tablero de Citas Médicas (SharePoint Jersalud) para Odontosalud



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



- ✓ Implementación nuevo módulo llamado OMA y cambio de nombre modulo Compras Aeronaves a Operador y reconfiguración niveles de servicio
- ✓ Implementación del departamento de post venta de Pargroup
- ✓ Implementación árbol de GLPI sede Duitama Medilaser
- ✓ Implementación del departamento de Proyectos para todas las empresas
- ✓ Implementación dashboard de epidemiología IMO
- ✓ parametrización de demanda inducida IMO.
- ✓ implementación Consulta espejo Medilaser cardiología no invasiva.
- ✓ Actualización de Índigo Miomed.
- ✓ Elaboración de Tableros de oportunidad de facturación Medilaser y Medifaca.
- ✓ Elaboración Tableros de gestión de clientes CRM Medilaser.
- ✓ Elaboración Tablero de gestión de Talento Humano Jersalud.
- ✓ Elaboración Tablero gestión Documental Jersalud, Miomed e IMO publicado en Daruma.
- ✓ Parametrización y entrega departamento de compras local RedPlus.
- ✓ Revisión y correcciones interbloqueos índigo Medilaser
- ✓ Implementación de servidor de réplica para reportes índigo Medilaser (Auxiliares Contables, Informes Financieros)
- ✓ Actualización masiva de clientes índigo Medilaser
- ✓ Configuración de réplica para generación de reportes contables Índigo Medilaser.
- ✓ Capacitaciones dashboard de procedimientos invasivos índigo Medilaser.
- ✓ Implementación y Configuración servidor VPS para desarrollos propios.
- ✓ Auditorias de servicios Jersalud en los departamentos de Boyacá, Meta y Casanare.
- ✓ Elaboración de Planes de Trabajo índigo a nivel de las empresas del Bogotá.
- ✓ Seguimiento y monitoreos de los servicios de índigo Medilaser para análisis de interbloqueos.
- ✓ Pruebas del software Coral para patologías Digital
- ✓ Parametrización de índigo Jersalud para Vacunación en los departamentos de Boyacá, Meta y Casanare
- ✓ Implementación de Tablero gestión de Proyectos PMO Medilaser (Junio).
- ✓ Implementación de Tablero Indicador Dosis Diarias Definidas Medilaser (Junio).
- ✓ Implementación de Tablero Cartera por edades Jersalud (Junio).
- ✓ Implementación de Tablero de facturación electrónica IMO (Julio).
- ✓ Implementación de Tablero de facturación electrónica para Miomed (Julio).
- ✓ Implementación de Tablero de manejo de Heridas Medilaser (Julio).
- ✓ Implementación de Tablero de Alta Médica de Egresos Medilaser (Julio).
- ✓ Implementación de Tablero de facturación electrónica Aeromas (Julio).
- ✓ Implementación de Tablero de patologías Medilaser - Miomed (Agosto).
- ✓ Desarrollo de aplicación generación CAC IMO (Julio-Agosto).
- ✓ Desarrollo de aplicación Censo Hospitalario Medilaser (Julio).
- ✓ Acompañamiento de corrección de cierre de inventario Noviembre 2024 - Agosto 2025 Medilaser; actividad
- ✓ Ejecutada en equipo con aplicaciones EHR-ERP.
- ✓ Departamento GLPI Pargroup solicitud caso 325999 "Solicitud Servicios Pargroup" el cual se asigna fecha de entrega 15/nov al 15/dic.
- ✓ Implementación RMA (configuración dispositivo nuevo) Medilaser 108 Bogotá septiembre-Octubre
- ✓ Implementación RMA (configuración dispositivo nuevo) Pargroup Neiva Septiembre-Octubre
- ✓ Implementación MPLS Medilaser Florencia - Neiva Septiembre.
- ✓ Revisión y corrección de fallos WIFI Medilaser Neiva (Abner, Centro, Miryam) Septiembre-Octubre.
- ✓ Revisión y corrección de fallos en rendimiento y intermitencia Firewall Medilaser Neiva Septiembre-Octubre
- ✓ Revisión y optimización índigo Azure IMO Neiva Septiembre.
- ✓ Implementación Swith Medilaser Tunja (2), Neiva (1), Florencia (1) Septiembre.
- ✓ Gestion de Implementacion Query Store en homologacion de actividad "Gestión de Implementación Data Collector (Monitoreo de servicios INDIGO)".



- ✓ Implementación Query Store.
- ✓ Reparametrización sede medifaca a medilaser facatativa.
- ✓ Optimización de vistas Power BI Medilaser.
- ✓ implementación de Tablero Indicador de medicamentos entregados a domicilio Jersalud
- ✓ implementación de Tablero Indicador Remisiones pendientes por legalizar Jersalud.
- ✓ implementación Microsoft Fabric para IMO
- ✓ Implementación de Tablero Indicador de medicamentos entregados a domicilio Jersalud
- ✓ Implementación de Tablero Indicador Remisiones pendientes por legalizar Jersalud
- ✓ Implementación Microsoft Fabric para IMO
- ✓ Implementación Tablero Control de Programación Cirugía Medilaser Nacional
- ✓ Implementación Tablero de Informes Quirúrgicos Complejidad -Quirófanos Medilaser
- ✓ Implementación Tablero de Pacientes Hospitalizados Medilaser en unidad

Estos resultados están sujetos a validación y aprobación por parte de la Dirección de Operaciones.



Ilustración 2 Informe de Gestión Proyectos Global (todas las compañías) diciembre 2025

Nombre Proyectos	del	Fechas de Inicio	Fecha de Terminación	% de Avance	Observación	Responsable
IMPLEMENTACIÓN DE GLPI DEPARTAMENTOS ADMINISTRATIVO, FINANCIERO, COMPRAS Y TALENTO HUMANO		07/01/2025	30/11/2025	100%	Se parametrizan módulos Administrativo, Biomédico, Talento Humano y Compras. Pendiente acercamiento con el área Financiera para parametrización. Se entregan todos los módulos, queda pendiente entrega de módulo de compra. Se entrega módulo de compra, se recopilan necesidades de financiera, pendiente entrega Se agrega departamento de	Mesa de Servicios

Vigilado Supersalud



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

				comunicación y marketing para parametrización el cual se entregará 30 de noviembre. Se realiza entrega de departamento de comunicaciones.	
IMPLEMENTACIÓN DIGITURNOS EN SEDES PRINCIPALES NETUX	01/08/2024	15/01/2025	100%	Se implementa sistema NETUX para gestión de turno en las sedes principales. (Tunja, Duitama, Sogamoso, Chiquinquirá, Villavicencio y Yopal)	Proyectos
IMPLEMENTACIÓN DIGITURNOS EN SEDES PEQUEÑAS TURNEXT	15/11/2024	30/03/2025	100%	Se toman requerimientos y se desarrolla TURNEXT, desarrollo propio para las sedes pequeñas, con una interfaz Web alojado en el Hosting compartido de Jersalud. Se realiza Pruebas e Implementación en las sedes de Soata y Villanueva, se procede a replicar en las demás. Vicepresidencia solicita implementación en sedes grandes. Se realiza ajustes como llamado de turnos en pantalla, separación de atención al tomar turno por ventanilla y consultorio. Se realiza parametrización de nuevo alojamiento en la nube VPS, se comienza a realiza interfaz APK para impresión de turnos	Aplicaciones SAAS
IMPLEMENTACION MEDICINA LABORAL ISISMAWEB	09/02/2025	01/04/2025	100%	Se implementa software en la nube, con 7 usuarios en uso simultaneo, con parametrización de HC clínicas de salud ocupacional entregadas por el	SST / Proyectos



				área de SST	
APERTURA NUEVAS OFICINAS CC. SANTA FE	01/04/2025	15/07/2025	100%	Se realiza adecuación de rack, acampamientos de verificación de puntos en entrega oficina 601. Y paso de personal del 610 a 601. Se instala internet con proveedor IFX de 100 mb dedica para oficinas 601 y 602. Está pendiente revisión de puntos.	Administrativa/ Proyectos
PARAMETRIZACION HC CLINICA VACUNA	01/06/2025	31/07/2025	100%	Se realiza adecuación de escenario en Índigo. Está pendiente información actualización de lideres PAI para actualización de esquema. Se tiene pendiente. Se entregan equipos a las sedes de Tunja, Villavicencio y Yopal para el programa PAI Se Valida funcionamiento y capacitaciones.	PAI / Dirección Medica / Proyectos
IMPLEMENTACION TICKET PROCESS	01/11/2025	31/12/2025	0%	Se realiza acercamientos con Talento Humano para generar los espacios de entendimiento del aplicativo, para lo cual no ha sido posible por necesidades prioritarias de TH. Se programa actividad para implementar en el primero trimestre de 2026	Proyectos TI / Talento Humano
TABLERO DE TRAZABILIDAD DE RIPS JERSALUD	02/01/2025	31/01/2025	100%	Completado, solicitud realizada por caso GLPI	BI
TABLERO DE GESTION DE TALENTO HUMANO	01/04/2025	30/04/2025	100%	Completado, solicitud realizada por caso GLPI	BI
TABLERO DE GESTION DOCUMENTAL	01/04/2025	30/04/2025	100%	Completado, solicitud realizada por caso GLPI	BI
IMPLEMENTACION DE TABLERO CARTERA POR	01/06/2025	30/06/2025	100%	Completado, solicitud realizada por caso GLPI	BI



EDADES					
IMPLEMENTACION DE TABLERO DE MEDICAMENTOS PENDIENTES POR DISPENSAR SEGÚN EL RIESGO JERSALUD.	01/08/2025	31/08/2025	100%	Completado, solicitud realizada por caso GLPI	BI
IMPLEMENTACION DE TABLERO INDICADOR DE MEDICAMENTOS ENTREGADOS A DOMICILIO JERSALUD	01/12/2025	31/12/2025	100	Completado, solicitud realizada por caso GLPI	BI
IMPLEMENTACION DE TABLERO INDICADOR REMISIONES PENDIENTES POR LEGALIZAR JERSALUD	01/12/2025	31/12/2025	100	Completado, solicitud realizada por caso GLPI	BI

Tabla 1 Registro avance de proyectos TIC 2025

b. Licencias

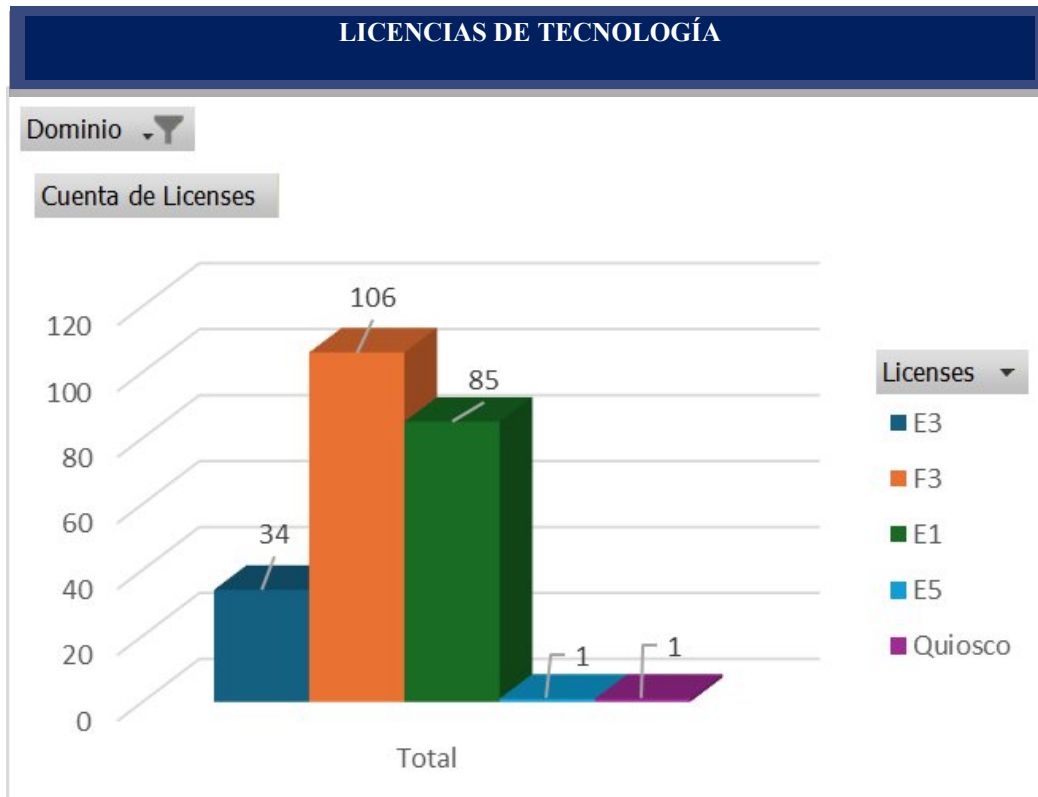


Ilustración 2 Licencias de Office 365 - Tecnología de la Información 2025





Análisis: En Jersalud se cuenta con 227 usuarios activos de Office 365, se tienen en uso 85 licencias E1, 34 licencias E3, 1 licencia E5, 106 licencias F3 y 1 Quiosco con corte a diciembre de 2025.

Adherencia uso de O365

Se realiza medición de Adherencia en el Uso de las cuentas asignadas de O365, dando como resultado:

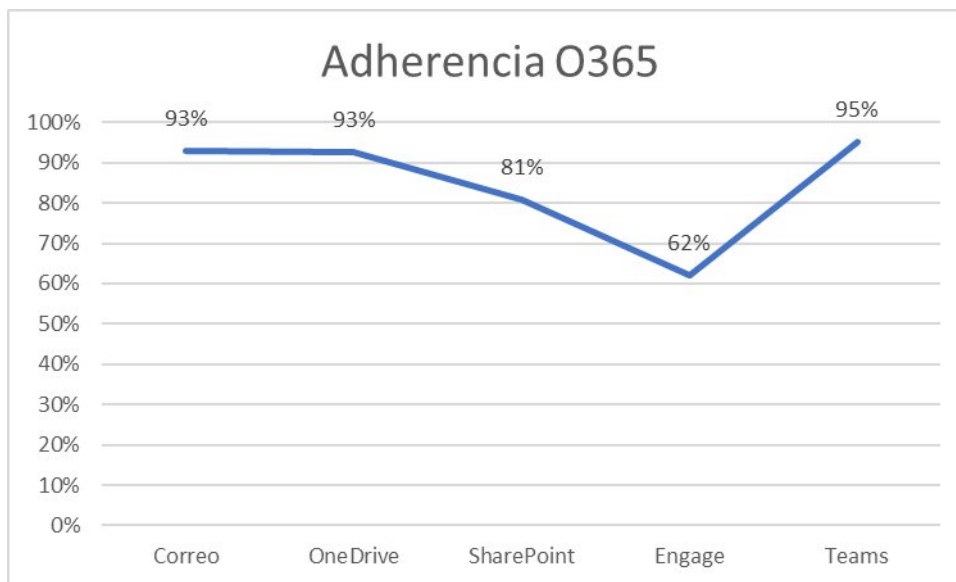


Ilustración 3 Adherencia al uso de cuentas de Office 365 - Tecnología de la Información 2025

La gráfica anterior se observa una adherencia en el uso de la herramienta de O365, donde se evidencia que la aplicación más utilizada en el mes de diciembre de 2025 ha sido Teams con 95% como medio de difusión de cliente interno para solventar las necesidades de operación y la que menor adherencia de uso Engage con un 62%.



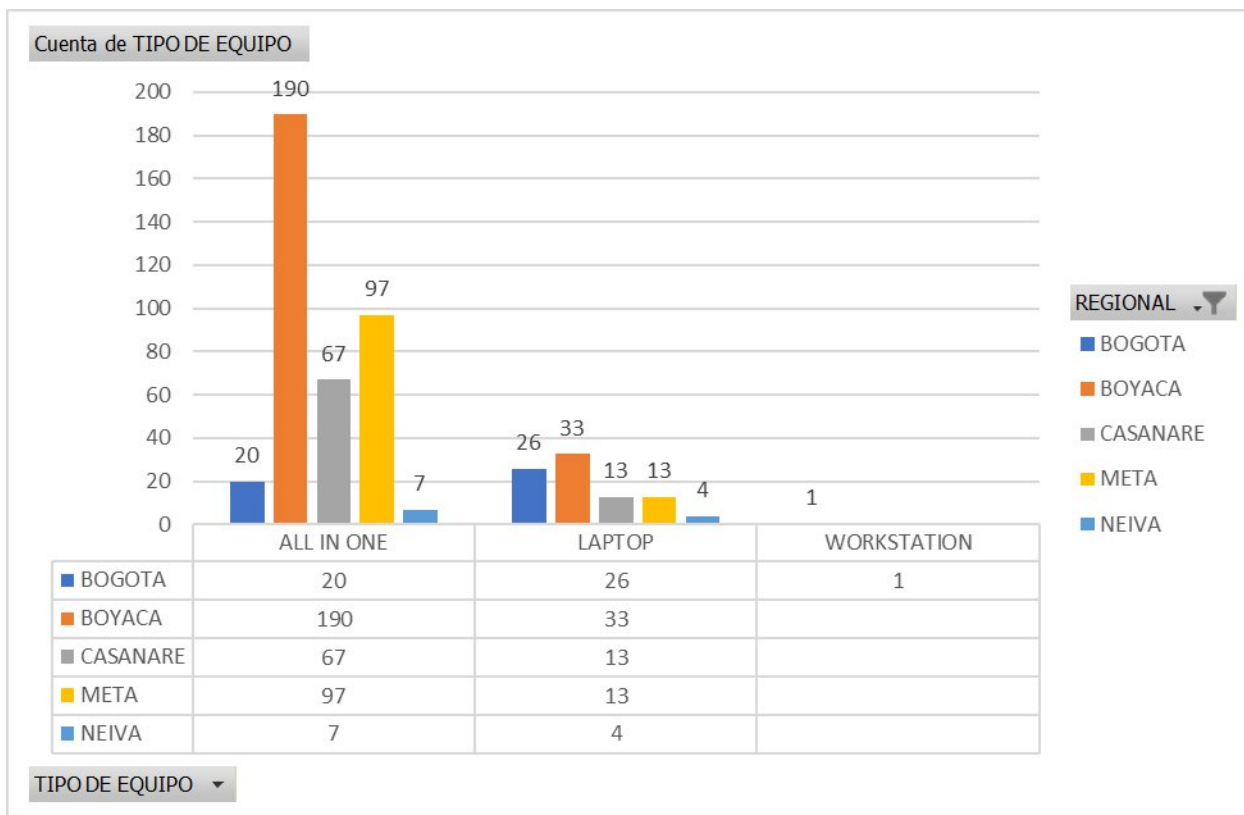


Ilustración 4 Inventario de Equipos Informáticos 2025 -- Tecnología de la Información 2025

Análisis: En inventario de equipos de tecnología Jersalud a diciembre de 2025, cuenta con un total de 471 equipos de cómputo, 1 Workstation, 89 laptop y 381 All in One. En el mes de diciembre se realizó donación de equipos a la empresa MEC, para reemplazar equipos alquilados.



d. Proporción de Necesidades Atendidas en sistema de información GLPI – Departamento Tecnología de la Información



Ilustración 5 Proporción de necesidades atendidas en GLPI- Tecnología de la Información, septiembre 2025.

Análisis: Para el indicador de **Proporción de necesidades atendidas en el sistema de información GLPI - Departamento de Tecnología:** hasta el mes de diciembre de 2025, se evidencia un porcentaje de cumplimiento global de 95,5%, de 145 casos generados fueron solucionados y cerrados durante el mes un total de 144 casos, quedando el indicador en cumplimiento sobre el 99%.



e. Promedio de tiempo de respuesta por Prioridad de casos resueltos a través del sistema de información GLPI – Departamento Tecnología de la Información.

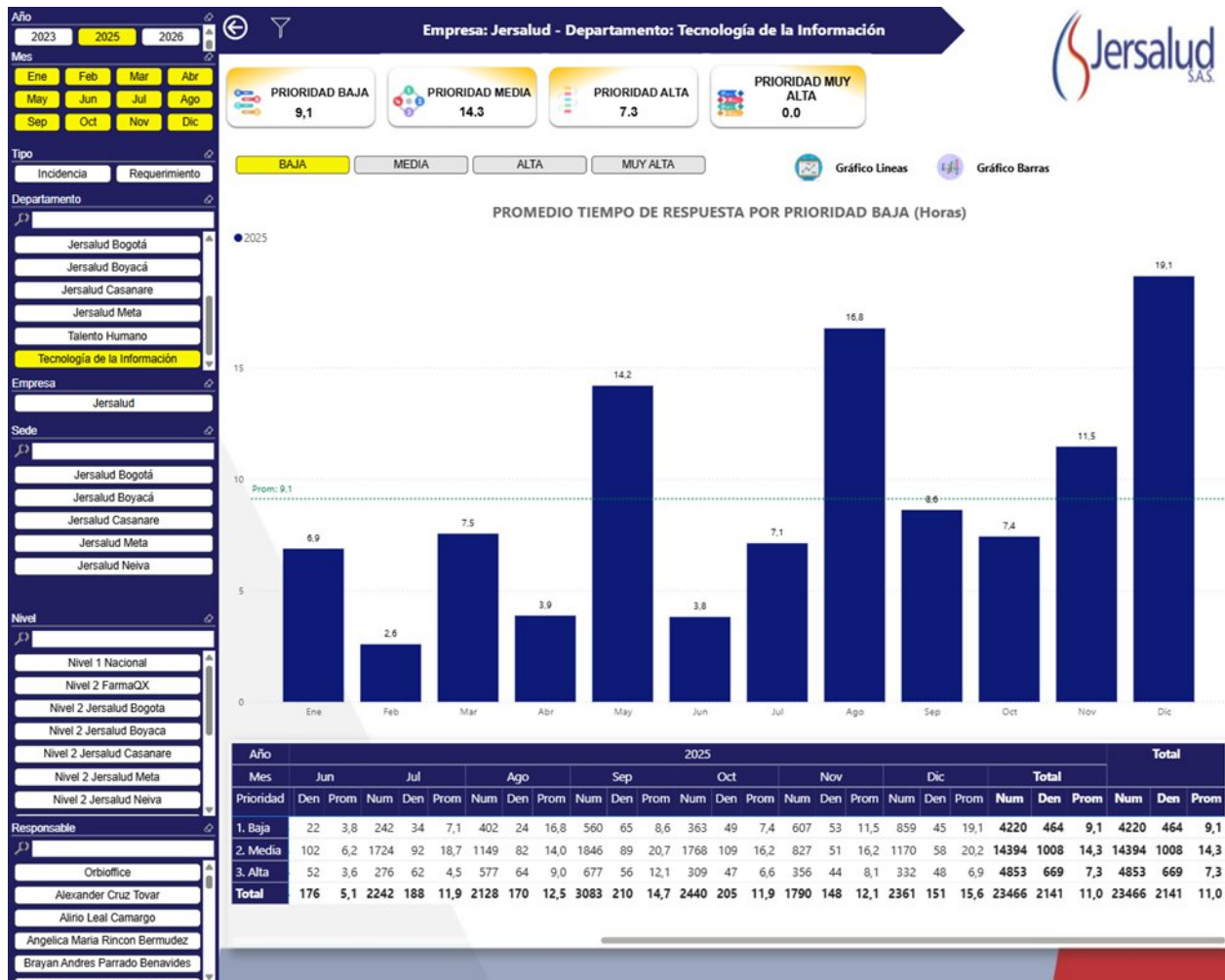


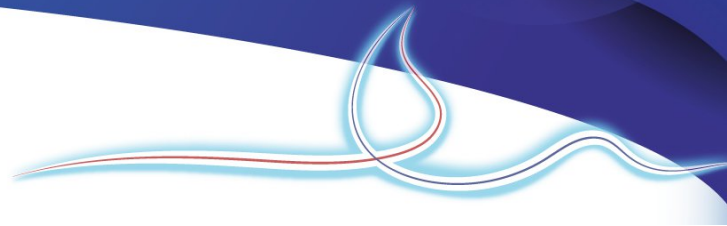
Ilustración 6 Hallazgo promedio de Tiempos por Prioridad en GLPI - Tecnología de la Información 2025

Análisis: Para el indicador de **Promedio de tiempo de respuesta por Prioridad de casos resueltos a través del sistema de información GLPI – Departamento Tecnología de la Información:** para el mes de diciembre de 2025, se presenta un promedio de tiempo de respuesta de 15.6 Horas para 151 casos atendidos.

INDICADOR DE DISPONIBILIDAD

No se presentan casos de afectación a reportar en las sedes o los sistemas de información.





11. GESTIÓN FINANCIERA

a. SUCURSAL BOYACA

INFORME DE VENTAS

JERSALUD SAS									75%
Nit. 900.622.551-0									
Dirección Financiera									
Detallado de Ventas Mes a Mes									
Periodo: Enero a Diciembre 2025									
Sucursal: Servicio Boyaca									
Nit	Cliente	Octubre	Noviembre	Diciembre	Acumulado Total	% Acumulado	Promedio	Ppto Vigente	Desviacion
830053105	FIDEICOMISOS PATRIMONIOS	\$ 1.136.367.114	\$ 1.182.939.130	\$ 1.127.477.483	\$ 21.790.125.083	64,9%	\$ 1.815.843.757	\$ 1.873.000.000	\$ 0,03
830053105	FIDEICOMISOS PATRIMONIOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 9.259.265.542	27,6%	\$ 771.605.462	\$ 946.000.000	\$ 0,18
Subtotal CAPITA		\$ 1.136.367.114	\$ 1.182.939.130	\$ 1.127.477.483	\$ 31.049.390.625	92,4%	\$ 2.587.449.219	\$ 2.819.000.000	
830053105	ODONTOLOGIA	\$ 1.098.650.00	\$ 13.831.200.00	\$ 9.670.300.00	\$ 24.600.150	0,1%	\$ 2.050.013	\$ 96.465.600	\$ 0,98
830053105	TERAPIAS	\$ 95.512.000.00	\$ 16.093.800.00	\$ 11.438.500.00	\$ 737.046.600	2,2%	\$ 61.420.550	\$ 96.465.600	\$ 0,36
830053105	CARDIOLOGIA NO INVASIVA	\$ 105.731.200.00	\$ 237.073.900.00	\$ 145.507.950.00	\$ 1.387.527.050	4,1%	\$ 115.627.254	\$ 117.440.000	\$ 0,02
830053105	LABORATORIO CLINICO	\$ 9.469.502.00	\$ 23.936.059.00	\$ 14.594.200.00	\$ 235.404.201	0,7%	\$ 19.617.017	\$ 5.000.000	\$ -2,92
830053105	ESPECIALIDADES	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 66.865.125	0,2%	\$ 5.572.094	\$ 9.620.000	\$ 0,42
830053105	SERVICIOS NO CAPITADOS	\$ 6.603.775.00	\$ 9.853.350.00	\$ 15.457.100.00	\$ 99.697.425	0,3%	\$ 8.308.119	\$ 3.000.000	
Subtotal EVENTO		\$ 218.415.127	\$ 300.788.309	\$ 196.668.050	\$ 2.551.140.551	7,6%	\$ 212.595.046	\$ 231.525.600	\$ 0,08
TOTAL VENTAS DE LA GESTION DE LA S		\$ 1.354.782.241	\$ 1.483.727.439	\$ 1.324.145.533	\$ 33.600.531.176	100,0%	\$ 2.800.044.265	\$ 3.050.525.600	\$ 0,08
							91,8%	106%	

Fuente: Presupuesto recaudo

Análisis:

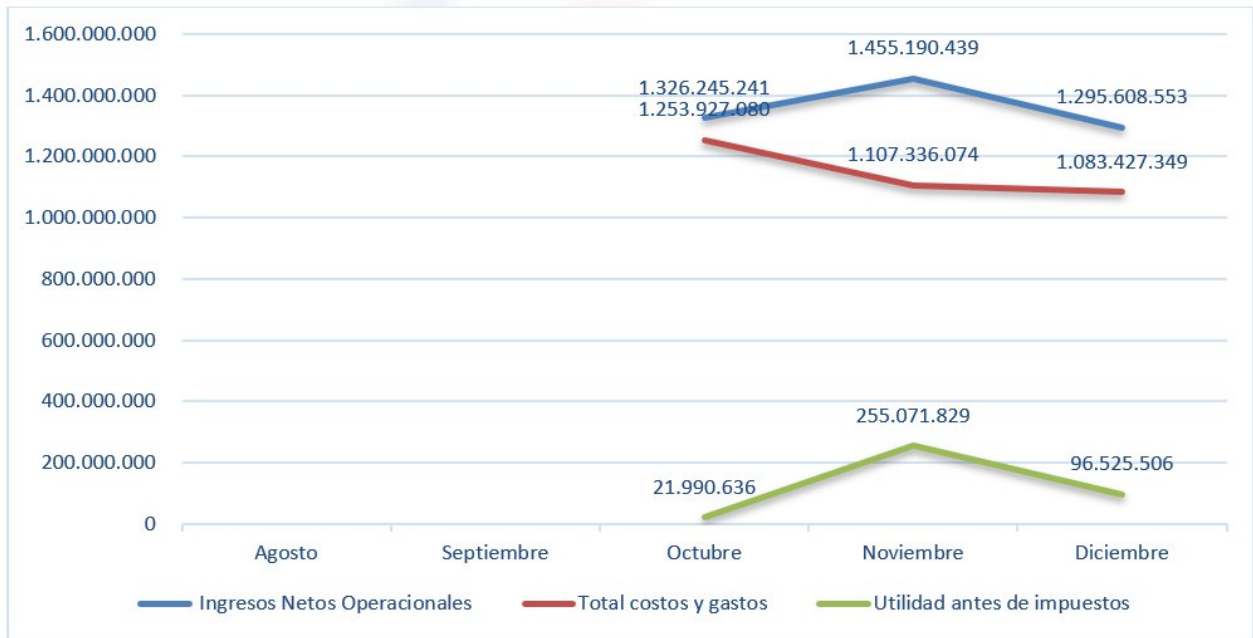
- Cuarto trimestre: La cifra del cierre de ventas total para el cuarto trimestre del 2025 de la sucursal Boyacá, según los siguientes meses refleja:

- Octubre: La cifra del cierre de ventas de octubre es de \$1.354.782.241 teniendo un cumplimiento del 44,41% sobre el valor proyectado.
- Noviembre: La cifra del cierre de ventas de noviembre es de \$1.483.727.439 teniendo un cumplimiento del 48,64% sobre el valor proyectado.
- Diciembre: La cifra del cierre de ventas de diciembre es de \$1.324.145.533 teniendo un cumplimiento del 43,41% sobre el valor proyectado.



ESTADO DE RESULTADOS

JERSALUD SAS NIT. 900.622.551-0 Dirección Financiera Estado de Resultados Detallado Período: Enero a Diciembre 2025 Sucursal: Boyacá		OCT. DIC		ENE. SEP											
	Indicador	PPTO	Indicador	PPTO	OCT	Indicador	NOV	Indicador	DIC	Indicador	Acum Ppto	Acum Ejecucion	Prom	% Cmpl	
INGRESOS OPERACIONALES															
INGRESOS BRUTOS OPERACIONALES	99,96%	1.373.000.000	99,98%	3.051.000.000	1.354.782.241	100,00%	1.483.727.439	100,00%	1.324.145.533	100,00%	31.572.234.000	33.600.531.176	2.800.044.265	106%	⬆️
DESCUENTOS GLOSAS (Prov) + RECOBROS:	0,85%	11.698.000	0,94%	28.537.000	28.537.000	1,92%	28.537.000	2,16%	28.537.000	4,00%	291.927.000	1.342.444.000	111.870.333	460%	⬆️
INGRESOS NETOS OPERACIONALES	99,15%	1.361.302.000	99,06%	3.022.463.000	1.326.245.241	98,08%	1.455.190.439	97,84%	1.295.608.533	96,00%	31.280.307.000	32.258.087.176	2.688.173.931	103%	⬆️
TOTAL COSTOS VARIABLES	6,67%	90.817.000	5,95%	179.912.000	40.241.236	6,19%	90.033.037	8,16%	105.718.543	7,02%	1.891.659.000	2.264.818.909	188.734.909	120%	⬆️
CONTRIBUCION MARGINAL	93,33%	1.270.485.000	94,05%	2.842.551.000	1.286.004.005	92,01%	1.365.157.402	80,20%	1.189.889.990	92,98%	29.388.648.000	29.993.268.267	2.499.439.022	102%	⬆️
COSTOS FIJOS	47,47%	646.230.707	39,14%	1.183.119.000	708.312.043	42,17%	613.596.803	45,31%	587.010.906	35,39%	12.586.763.121	11.415.668.321	951.305.693	91%	⬇️
MARGEN BRUTO OPERACIONAL	45,86%	624.254.293	54,90%	1.659.432.000	617.933.198	56,72%	841.593.636	53,51%	708.597.627	63,54%	16.801.884.879	20.496.004.482	1.708.000.373	122%	⬆️
SUBTOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS	17,40%	236.896.000	16,52%	499.343.000	327.031.334	19,24%	279.938.710	22,87%	296.365.897	14,79%	5.204.775.000	4.772.480.443	397.706.704	92%	⬆️
GASTOS NOMINA															
SUBTOTAL GASTOS NOMINA	16,46%	224.016.929	12,73%	384.823.000	208.449.823	13,99%	203.623.892	14,87%	192.640.550	10,20%	4.135.457.787	3.291.380.368	274.281.697	80%	⬇️
SUBTOTAL OTROS GASTOS	0,89%	12.178.000	15,16%	458.294.598	10.133.880	0,70%	10.176.669	0,57%	7.409.996	20,93%	4.161.185.382	6.750.741.892	562.561.824	162%	⬆️
TOTAL GASTOS	34,75%	473.090.929	44,42%	1.342.460.598	545.615.037	33,83%	493.739.271	38,32%	496.416.443	45,93%	13.501.418.169	14.814.602.024	1.234.550.225	110%	⬆️
TOTAL COSTOS FIJOS Y GASTOS	82,22%	1.119.321.636	83,56%	2.525.579.598	1.253.927.080	76,10%	1.107.336.074	83,62%	1.083.427.349	81,31%	26.088.191.290	26.230.271.024	2.185.855.919	101%	⬆️
MARGEN NETO OPERACIONAL	11,10%	151.163.364	10,49%	316.971.402	32.076.925	17,72%	257.821.328	8,22%	106.462.640	11,57%	3.300.466.710	3.762.997.242	313.583.104	114%	⬆️
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	10,79%	146.942.364	10,35%	312.750.402	21.990.636	17,53%	255.011.829	7,45%	96.525.506	11,41%	3.249.814.710	3.681.417.310	306.789.276	113%	⬆️



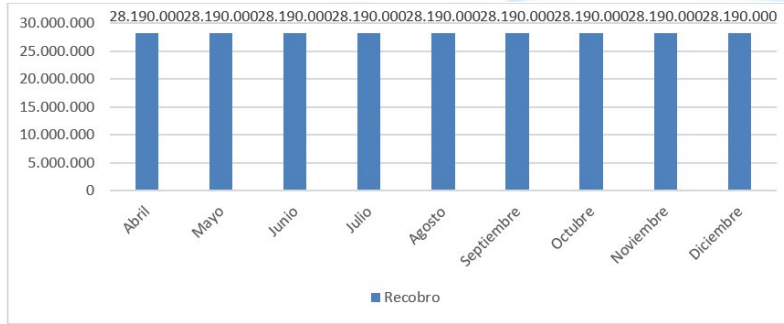
Fuente: Presupuesto recaudo

Análisis:

En el Estado de Resultados se refleja la capacidad de la Unidad de Negocio para atender las obligaciones y compromisos, en la sede de sucursal Boyacá



GLOSAS



Análisis: Los valores de Recobros corresponden a la provisión de valores cobrados por otros prestadores a Medisalud UT, teniendo en cuenta los usuarios del Magisterio que se encuentran en zonas donde Jersalud SAS no tiene cobertura.

INDICADORES

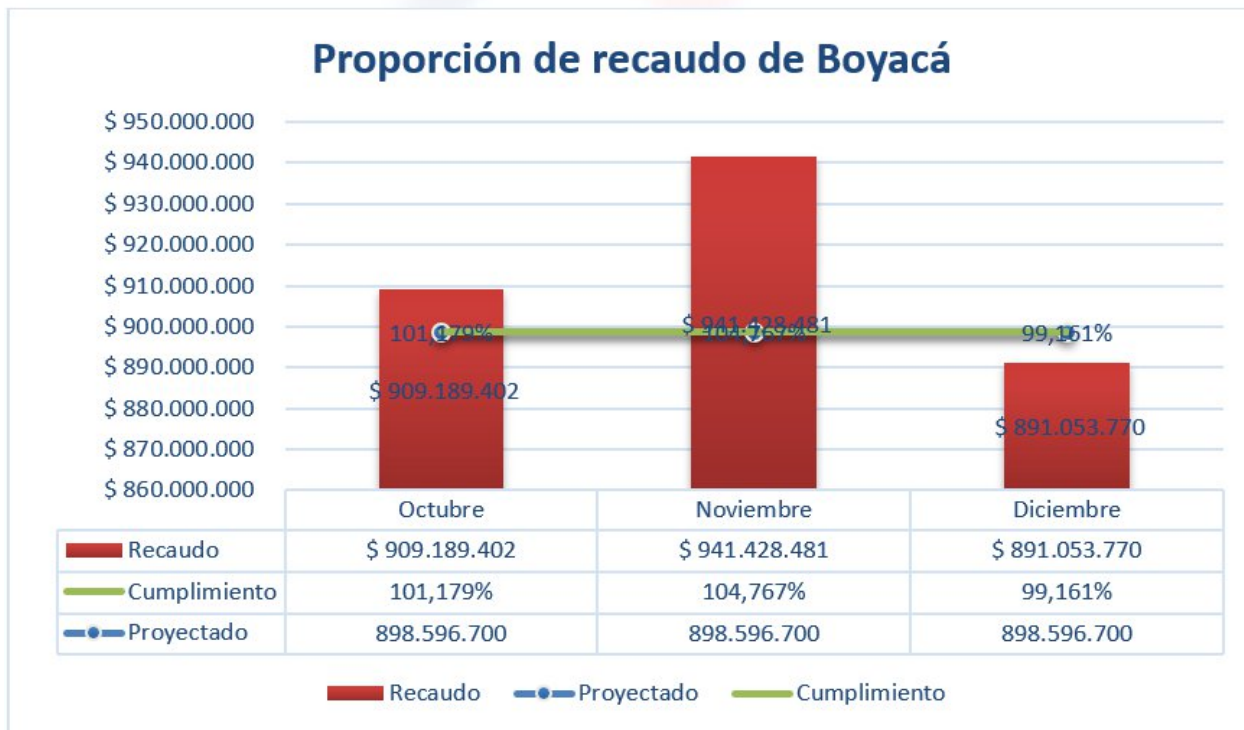
Ind	Nombre Indicador	PPTO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	Acum Ejecucion	Desv Ppto	OBS
Utilidad Bruta / Vtas Netas Totales MBO	Margen Bruto Operac	45,9%	59,8%	57,9%	64,4%	60,5%	56,2%	55,3%	68,7%	68,6%	68,5%	45,6%	56,7%	53,5%	715,8%	-670,0%	RV
Utilidad Neta / Vtas Netas Totales MNO	Margen Neto Operac	11,1%	13,0%	13,6%	11,6%	11,9%	12,3%	11,8%	11,4%	10,9%	10,6%	1,7%	17,5%	7,5%	133,7%	-122,6%	RV
Utilidad Antes de Impuestos / Vtas UAI	Utilidad Antes de Imp	10,8%	13,0%	13,4%	11,5%	11,8%	11,9%	11,8%	11,4%	10,9%	10,6%	1,7%	17,5%	7,5%	132,7%	-121,9%	RV
Ingr x servicios / Vtas Totales VPS	Participación de Ingr	99,15%	99,04%	99,04%	99,07%	98,97%	84,96%	84,89%	99,20%	99,19%	99,20%	97,89%	98,08%	97,84%	1157,4%	-1058,2%	RV
Ingr Medicamentos / Vtas Totales VPM	Participación de Ingr	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	OK
Costo Medicamentos / Ingr Medic VVM	Indice de Venta de Me	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	OK
Costo Nomina Admtra / Vtas Nel IPA	Indice de Costo de Pa	13,4%	8,2%	8,2%	8,7%	9,8%	9,0%	9,5%	8,8%	8,6%	8,4%	15,3%	12,3%	13,2%	120,1%	-106,7%	RV
Costo Nomina Total / Ventas Nel ITP	Indice de Costo Total	16,5%	8,7%	8,5%	10,1%	10,2%	9,2%	9,8%	9,0%	10,5%	9,6%	15,7%	14,0%	14,9%	130,3%	-113,9%	RV
Total Gasto Administrativo / Vtas IGSA	Indice de Gasto Admi	17,4%	12,5%	13,6%	15,1%	14,6%	13,9%	14,7%	12,9%	12,4%	14,1%	24,7%	19,2%	22,9%	190,7%	-173,3%	RV
Total Gasto Financieros / Vtas WIGF	Indice de Gasto Finan	0,3%	13,3%	0,2%	0,1%	0,3%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%	0,3%	0,8%	0,8%	0,8%	16,7%	-16,3%	RV
Total Gasto Totales / Vtas Notas IGT	Indice de Gasto Total	34,0%	46,6%	44,3%	45,7%	41,9%	45,6%	46,0%	50,4%	51,2%	50,1%	41,1%	33,9%	36,3%	535,2%	-500,5%	RV
Descto, Devoluciones y Glosas / IAG	Indicador Aceptación	0,15%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,03%	0,02%	0,03%	0,2%	0,0%	RV

b. SUCURSAL META

INFORME DE VENTAS

Nit	Cliente	Promedio Año Anterior	Octubre	Noviembre	Diciembre	Acumulado Total	% Acumulado	Promedio	Ppto Vigente	Variación
830053105	FIDEICOMISOS PATRIMONIO	984.162.000,00	\$ 763.394.177	\$ 778.287.410	\$ 762.625.070	\$ 12.758.163.665	63%	\$ 1.063.180.305	\$ 502.282.900	858%
830053105	FIDEICOMISOS PATRIMONIO	545.356.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 5.790.165.949	29%	\$ 482.513.829	\$ 260.640.800	718%
Subtotal CAPITA		\$ 1.529.518.000	\$ 763.394.177	\$ 778.287.410	\$ 762.625.070	\$ 18.548.329.614	92%	\$ 1.545.694.134	\$ 762.923.700,00	\$ 0,27
830053105	TERAPIAS	\$ -	\$ 28.579.800	\$ 9.452.800	\$ 118.500	\$ 249.676.500	1%	\$ 20.806.375	\$ 7.000.000	3567%
830053105	CARDIOLOGIA NO INVASIVA	\$ -	\$ 114.707.400	\$ 119.414.750	\$ 112.900.900	\$ 1.019.853.050	5%	\$ 84.987.754	\$ 111.000.000	919%
830053105	LABORATORIO CLINICO	\$ -	\$ -	\$ 12.216.436	\$ 6.244.450	\$ 271.530.331	1%	\$ 22.627.528	\$ -	0%
830053105	ESPECIALIDADES	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 40.235.425	0%	\$ 3.352.952	\$ -	41%
830053105	SERVICIOS NO CAPITADOS	\$ -	\$ 2.147.900	\$ 12.666.895	\$ 3.421.050	\$ 68.449.285	0%	\$ 5.704.107	\$ 10.673.000	641%
830053105	EVENTO - ODONTOLOGIA	\$ -	\$ 360.125	\$ 9.390.200	\$ 5.743.800	\$ 19.697.175	0%	\$ 1.641.431	\$ 7.000.000	281%
Subtotal EVENTO		\$ -	\$ 145.795.225	\$ 163.141.071	\$ 128.428.700	\$ 1.669.441.766	8%	\$ 139.120.147	\$ 135.673.000,00	\$ 17,06
TOTAL VENTAS DE LA GESTION DE LA SUC		\$ 1.529.518.000	\$ 909.189.402	\$ 941.428.481	\$ 891.053.770	\$ 20.217.771.380	100%	\$ 1.684.814.282	\$ 898.596.700,00	\$ 12,42





Análisis:

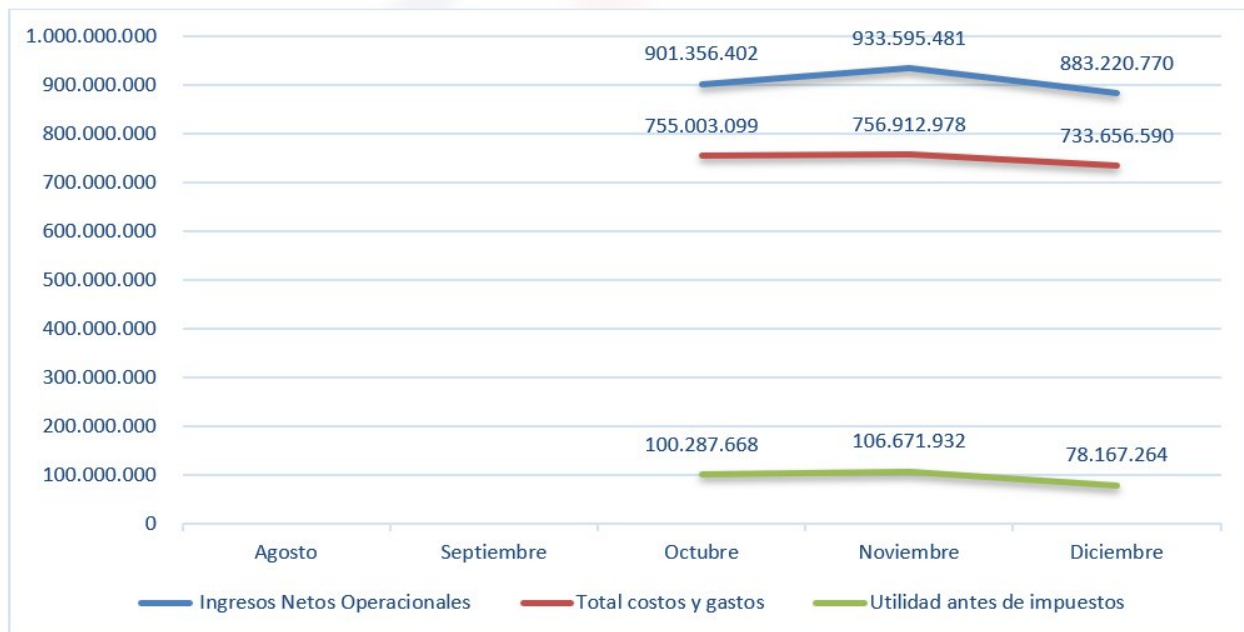
Cuarto trimestre: La cifra del cierre de ventas total para el cuarto trimestre del 2025 de la sucursal Meta, según los siguientes meses refleja:

- Octubre: La cifra del cierre de ventas de octubre es de \$909.189.402 teniendo un cumplimiento del 101,18% sobre el valor proyectado.
- Noviembre: La cifra del cierre de ventas de noviembre es de \$941.428.481 teniendo un cumplimiento del 104,77% sobre el valor proyectado.
- Diciembre: La cifra del cierre de ventas de diciembre es de \$891.053.770 teniendo un cumplimiento del 99,16% sobre el valor proyectado.



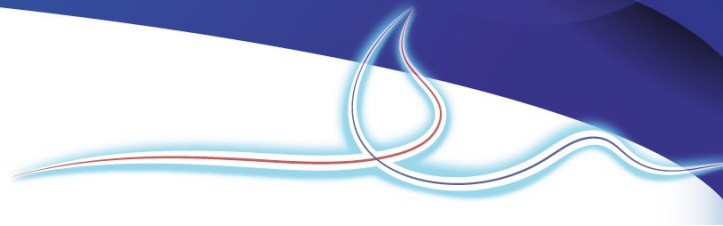
ESTADO DE RESULTADOS

JERSALUD SAS NIT 900.622.551-0 Dirección Financiera Estado de Resultados Detallado Período: Enero a Diciembre 2025 Sucursal: Meta												ENE - DIC				
	Indicador	OCT - DIH	Indicador	ENE - SEP	Indicador	OCT	Indicador	NOV	Indicador	DIC	Indicador	Acum Ppto	Acum Ejecucion	Prom	% Cumpl	
INGRESOS BRUTOS OPERACIONAL	99,96%	899.000.000	100,00%	1.793.700.000	100,00%	909.189.402	100,00%	941.428.481	99,36%	891.053.770	99,90%	18.839.090.100	20.217.771.380	1.684.811.869	107%	
DESCUENTOS GLOSAS (Prov) + RR	0,87%	7.833.000	0,93%	76.776.000	0,86%	7.833.000	0,83%	7.833.000	0,88%	7.833.000	8,28%	773.943.000	1.673.943.000	139.496.250	962%	
INGRESOS NETOS OPERACIONAL	99,13%	891.167.000	99,07%	1.776.984.000	99,14%	901.356.402	99,17%	933.595.481	99,12%	883.220.770	91,72%	18.665.147.100	18.543.828.380	1.545.316.619	99%	
TOTAL COSTOS VARIABLES	9,49%	84.600.000	7,04%	125.079.000	4,41%	39.792.826	7,22%	68.300.618	7,38%	65.216.869	5,21%	1.379.511.000	965.832.492	80.486.041	70%	
CONTRIBUCION MARGINAL	90,51%	806.567.000	92,96%	1.651.905.000	94,76%	861.563.576	96,25%	865.294.863	91,80%	818.003.901	94,79%	17.285.636.100	17.577.995.888	1.464.830.578	102%	
COSTOS FIJOS	46,51%	414.470.000	40,28%	715.764.000	48,45%	436.693.798	45,89%	428.431.253	45,64%	403.089.707	39,54%	7.685.286.000	7.331.808.783	610.984.065	95%	
MARGEN BRUTO OPERACIONAL	44,00%	392.097.000	52,68%	936.141.000	51,11%	464.662.604	53,66%	505.164.228	53,88%	480.131.063	59,84%	9.600.350.100	11.096.538.687	934.332.554	116%	
SUBTOTAL GASTOS ADMINISTRA	16,69%	148.743.000	15,56%	276.557.000	17,94%	161.721.113	17,09%	159.618.830	18,57%	163.991.187	14,86%	2.935.242.000	2.756.036.885	229.669.740	94%	
SUBTOTAL GASTOS NOMINA	16,84%	150.032.105	11,32%	201.161.000	15,55%	140.192.782	16,43%	153.421.119	17,20%	161.938.833	10,19%	2.260.545.315	1.890.314.848	167.526.237	84%	
SUBTOTAL OTROS GASTOS	1,14%	10.167.000	15,49%	276.209.632	1,82%	16.396.406	1,66%	16.541.776	1,57%	14.636.862	19,66%	2.507.387.688	3.645.943.778	303.828.648	145%	
TOTAL GASTOS	34,67%	308.942.105	42,37%	752.927.632	35,31%	318.309.301	35,18%	328.481.725	37,43%	330.566.883	44,72%	7.703.175.003	8.292.295.511	691.024.626	108%	
TOTAL COSTOS FIJOS Y GASTOS	81,18%	723.412.105	82,65%	1.468.691.632	83,76%	755.003.099	81,08%	756.912.978	83,07%	733.656.590	84,26%	15.388.461.003	15.624.104.294	1.302.008.691	102%	
MARGEN NETO OPERACIONAL	9,33%	83.154.895	10,31%	183.213.368	11,82%	106.560.477	11,61%	108.381.885	9,55%	84.347.311	10,54%	1.897.175.097	1.953.891.594	162.821.887	103%	
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	9,04%	80.529.895	10,16%	180.588.368	11,13%	100.287.668	11,43%	106.671.932	8,85%	78.167.264	10,26%	1.865.675.097	1.902.676.082	158.553.928	102%	

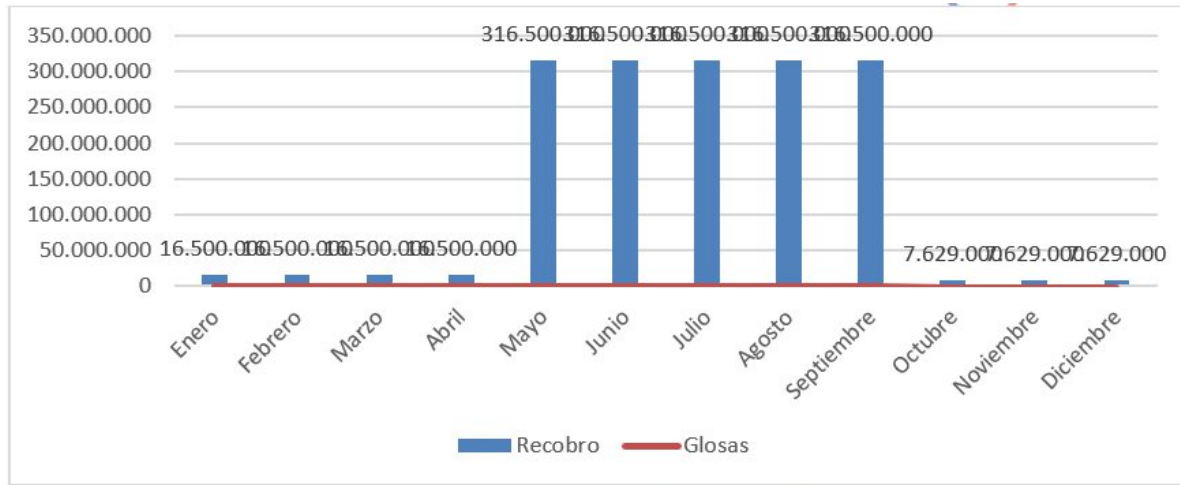


Análisis: En el Estado de Resultados se refleja la capacidad de la Unidad de Negocio para atender las obligaciones y compromisos, en el caso de la sede de Meta.





GLOSAS



Análisis: Los valores de Recobros corresponden a la provisión de valores cobrados por otros prestadores a Medisalud UT, teniendo en cuenta los usuarios del Magisterio que se encuentran en zonas donde Jersalud SAS no tiene cobertura.

INDICADORES

JERSALUD SAS Nit. 900.622.551-0 Dirección Financiera Indicadores Financieros Periodo: Enero a Diciembre 2025									
Sucursal: Meta	Ind	Nombre Indicador	PPTO	OCT	NOV	DIC	Acum Ejecucion	Desv Ppto	OBS
Utilidad Bruta / Vtas Netas To	MBO	Margen Bruto Operacional	52,7%	51,1%	53,7%	53,9%	455,2%	-402,5%	RV
Utilidad Neta / Vtas Netas Tot	MNO	Margen Neto Operacional	10,3%	11,8%	11,6%	9,5%	91,7%	-81,4%	RV
Utilidad Antes de Imptos / Vt	UAI	Utilidad Antes de Impuestos	10,2%	11,1%	11,4%	8,9%	89,8%	-79,6%	RV
Ing x servicios / Vtas Totales	VPS	Participación de Ingresos de	100,00%	100,00%	100,00%	99,36%	799,77%	-699,77%	RV
Ing Medicamentos / Vtas Tot	VPM	Participación de Ingresos por	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	OK
Costo Medicamentos / Ing M	IVM	Indice de Venta de Medicam	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	OK
Costo Medicamentos / Vtas	ICM	Indice de Costo Medicament	0,6%	0,0%	0,5%	0,4%	4,3%	-3,6%	RV
Costo Hon Medicos / Vtas Ne	IHM	Indice de Costo de Honorari	32,4%	32,1%	34,4%	34,3%	229,1%	-196,7%	RV
Costo Pnal Asistencial / Vtas	IPS	Indice de Costo de Personal	10,8%	11,2%	7,3%	6,6%	77,7%	-66,9%	RV
Costo Nomina Admtva / Vtas	IPA	Indice de Costo de Personal	10,2%	14,6%	13,0%	16,4%	68,0%	-57,7%	RV
Costo Nomina Total / Ventas	ITP	Indice de Costo Total de Per	31,5%	37,4%	30,8%	34,7%	222,4%	-190,9%	RV
Total Gasto Administrativos /	IGA	Indice de Gasto Administrati	15,6%	17,9%	17,1%	18,6%	112,6%	-97,0%	RV
Total Gasto Financieros / Vt	IGF	Indice de Gasto Financiero	0,1%	0,7%	0,2%	0,7%	1,9%	-1,8%	RV
Total Gasto Totales / Vtas Ne	IGT	Indice de Gasto Total	42,4%	35,3%	35,2%	37,4%	368,7%	-326,3%	RV
Dscto, Devoluciones y Glosas	IAG	Indicador Aceptación Glosas	0,93%	0,86%	0,83%	0,88%	64,29%	-63,36%	RV
Dscto, Devoluciones y Glosas	IGR	Indicador Aceptación Glosas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	OK

Vigilado Supersalud

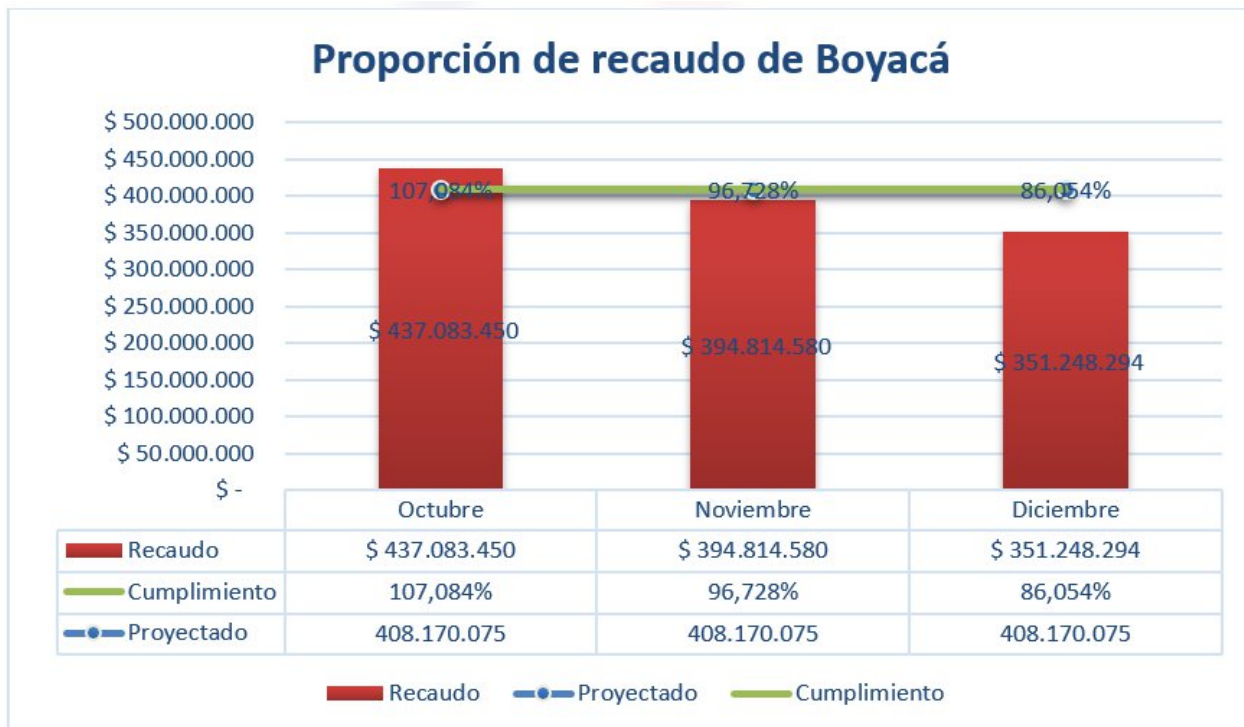


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

5.2 SUCURSAL CASANARE

INFORME DE VENTAS

JERSALUD SAS									
Nit. 900.622.551-0									
Dirección Financiera									
Detallado de Ventas Mes a Mes									
Periodo: Enero a Diciembre 2025									
Sucursal: Servicio Casanare									
Nit	Cliente	Promedio Año Anterior	Octubre	Noviembre	Diciembre	Acumulado Total	% Acumulado	Promedio	Ppto Vigente
830053105	FOMAC-CAPITA INTRAMURA	-	\$ 288.031.775	\$ 301.570.925	\$ 271.780.044	\$ 4.242.318.525	56%	\$ 353.526.544	\$ 179.000.000
830053105	FOMAC-CAPITA EXTRAMURA	-	-	-	-	\$ 2.388.907.670	31%	\$ 199.075.639	\$ 101.000.000
Subtotal CAPITA		\$ -	\$ 288.031.775	\$ 301.570.925	\$ 271.780.044	\$ 6.631.226.195	87%	\$ 552.602.183	\$ 280.000.000
830053105	FOMAC-EVENTO - TERAPIAS	-	\$ 22.606.600	\$ 2.285.400	\$ 23.700	\$ 128.574.700	2%	\$ 10.714.558	\$ 2.726.003
830053105	FOMAC-EVENTO-CARDIOLO	-	\$ 85.238.800	\$ 72.168.700	\$ 63.106.500	\$ 504.368.000	7%	\$ 42.030.667	\$ 120.738.852
830053105	FOMAC-EVENTO -LABORAT	-	\$ 31.448.025	\$ 5.708.885	\$ 4.540.300	\$ 223.134.422	3%	\$ 18.594.535	
830053105	FOMAC-EVENTO -ESPECIALI	-	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 76.811.050	1%	\$ 6.400.921	
830053105	FOMAC-EVENTO -ODONTOL	-	\$ 1.116.100	\$ 4.216.800	\$ 2.610.600	\$ 7.943.500	0%	\$ 661.958	\$ 1.503.320
830053105	FOMAC-EVENTO -SERVICIOS NO CAPITADOS	-	\$ 8.642.150	\$ 8.863.850	\$ 9.187.150	\$ 26.693.150	0%	\$ 2.224.429	\$ 3.201.900
Subtotal EVENTO		\$ -	\$ 149.051.675	\$ 93.243.635	\$ 79.468.250	\$ 967.524.822	13%	\$ 80.627.069	\$ 128.170.075
TOTAL VENTAS DE LA GESTION DE LA SI		\$ -	\$ 437.083.450	\$ 394.814.560	\$ 351.248.294	\$ 7.598.751.017	100%	\$ 633.229.251	\$ 408.170.075



Análisis:

- Cuarto trimestre: La cifra del cierre de ventas total para el cuarto trimestre del 2025 de la sucursal Meta, según los siguientes meses refleja:

- Octubre: La cifra del cierre de ventas de octubre es de \$437.083.450 teniendo un cumplimiento del 107,08% sobre el valor proyectado.
- Noviembre: La cifra del cierre de ventas de noviembre es de \$394.814.560 teniendo un cumplimiento del 96,73% sobre el valor proyectado.

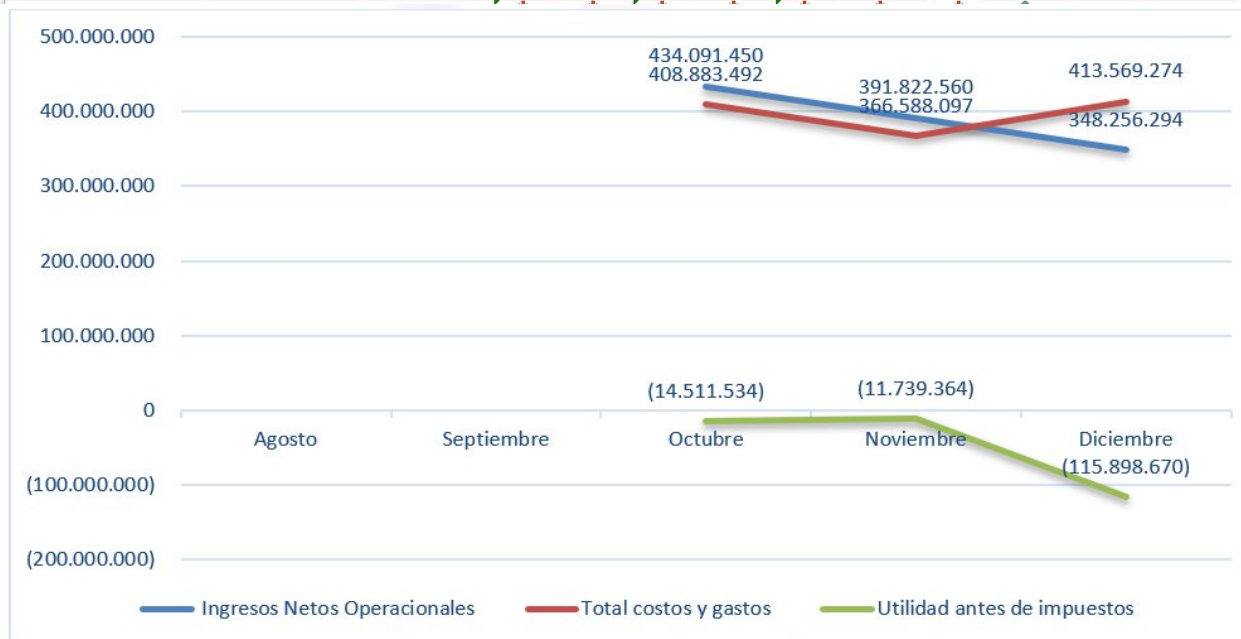


"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

- Diciembre: La cifra del cierre de ventas de diciembre es de \$351.248.294 teniendo un cumplimiento del 86,05% sobre el valor proyectado.

ESTADO DE RESULTADOS

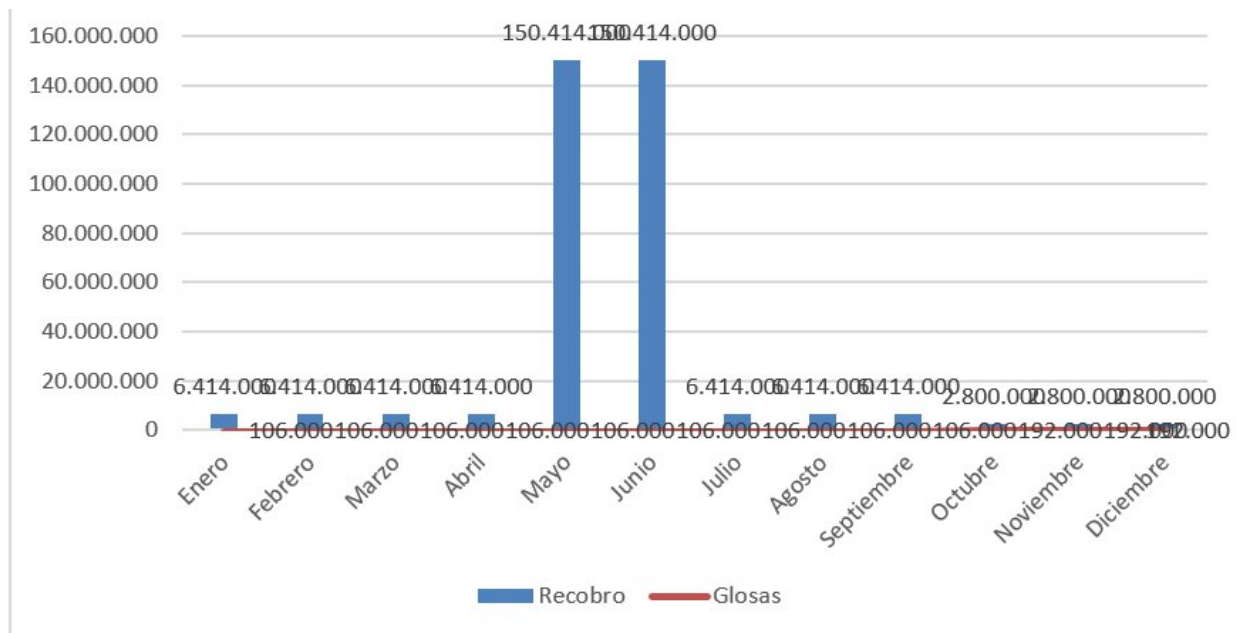
JERSALUD SAS NIT. 900.622.551-0 Dirección Financiera Estado de Resultados Detallado Periodo: Enero a Diciembre 2025 Sucursal: Casanare		OCT - DIC		ENE - SEP											
	Indicad	PPTO	Indicad	PPTO	Indicad	OCT	Indicad	NOV	Indicad	DIC	Indicad	Acum Ppto	Acum Ejec	Prom	% Cum
INGRESOS BRUTOS OPERACIONALES	100,04%	408.000.000	100,00%	712.000.000	71,07%	437.083.450	76,96%	394.814.560	77,38%	351.248.294	88,96%	7.632.240.225	7.598.751.017	633.229.251	100%
DESCUENTOS GLOSAS (Prov) + RECOBR	0,73%	2.992.000	0,92%	6.520.000	0,68%	2.992.000	0,76%	2.992.000	0,85%	2.992.000	4,68%	67.656.000	355.656.000	29.638.000	526%
INGRESOS NETOS OPERACIONALES	99,27%	405.008.000	99,08%	705.480.000	99,32%	434.091.450	99,24%	391.822.560	99,15%	348.256.294	95,32%	7.564.584.225	7.243.095.017	603.591.251	96%
TOTAL COSTOS VARIABLES	11,77%	47.887.728	8,85%	62.437.000	8,55%	37.112.057	9,25%	36.263.048	13,79%	48.016.816	5,58%	704.996.184	404.142.931	33.678.578	57%
CONTRIBUCION MARGINAL	88,23%	357.320.272	91,15%	643.043.000	90,82%	396.979.393	90,06%	355.559.512	85,48%	300.239.478	94,42%	6.859.588.041	6.838.952.085	569.912.674	100%
COSTOS FIJOS	45,93%	186.000.548	46,50%	328.055.000	49,28%	213.917.452	48,11%	188.514.397	76,62%	266.836.523	43,43%	3.510.496.644	3.145.902.826	262.158.569	90%
MARGEN BRUTO OPERACIONAL	42,30%	171.319.724	44,65%	314.988.000	50,37%	220.173.998	51,49%	203.308.163	23,18%	81.419.771	50,99%	3.349.091.397	3.693.049.259	307.754.105	110%
SUBTOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS	16,91%	68.497.000	19,98%	140.933.000	29,76%	129.176.210	27,59%	108.107.684	25,16%	87.627.312	21,05%	1.473.888.000	1.524.984.993	127.082.083	103%
SUBTOTAL GASTOS NOMINA	12,20%	49.422.629	10,20%	71.938.000	12,60%	54.696.936	15,94%	62.468.260	15,08%	52.526.890	9,08%	795.709.887	657.681.004	54.806.750	83%
SUBTOTAL OTROS GASTOS	1,56%	6.323.008	4,02%	28.346.400	2,56%	11.092.893	1,91%	7.497.756	1,89%	6.578.550	13,09%	274.086.624	948.084.326	79.007.027	346%
TOTAL GASTOS	30,68%	124.242.637	34,19%	241.217.400	44,91%	194.966.039	45,45%	178.073.700	42,13%	146.732.751	43,22%	2.543.684.511	3.130.750.322	260.895.860	123%
TOTAL COSTOS FIJOS Y GASTOS	76,60%	310.243.185	80,69%	569.272.400	94,19%	408.883.492	93,56%	366.588.097	118,75%	413.569.274	86,66%	6.054.181.155	6.276.653.148	523.054.429	104%
MARGEN NETO OPERACIONAL	11,62%	47.077.087	10,46%	73.770.600	-2,74%	(11.904.099)	-2,81%	(11.028.584)	-32,54%	(113.329.796)	7,76%	805.406.886	562.298.937	46.858.245	70%
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	11,01%	44.574.087	10,10%	71.267.600	-3,34%	(14.511.531)	-3,00%	(11.739.364)	-33,28%	(115.898.670)	7,45%	775.370.886	539.509.160	44.958.097	70%



En el Estado de Resultados se refleja la capacidad de la Unidad de Negocio para atender las obligaciones y compromisos, en el caso de la sucursal Casanare



GLOSAS



Análisis: Los valores de Recobros corresponden a la provisión de valores cobrados por otros prestadores a Medisalud UT, teniendo en cuenta los usuarios del Magisterio que se encuentran en zonas donde Jersalud SAS no tiene cobertura.

INDICADORES

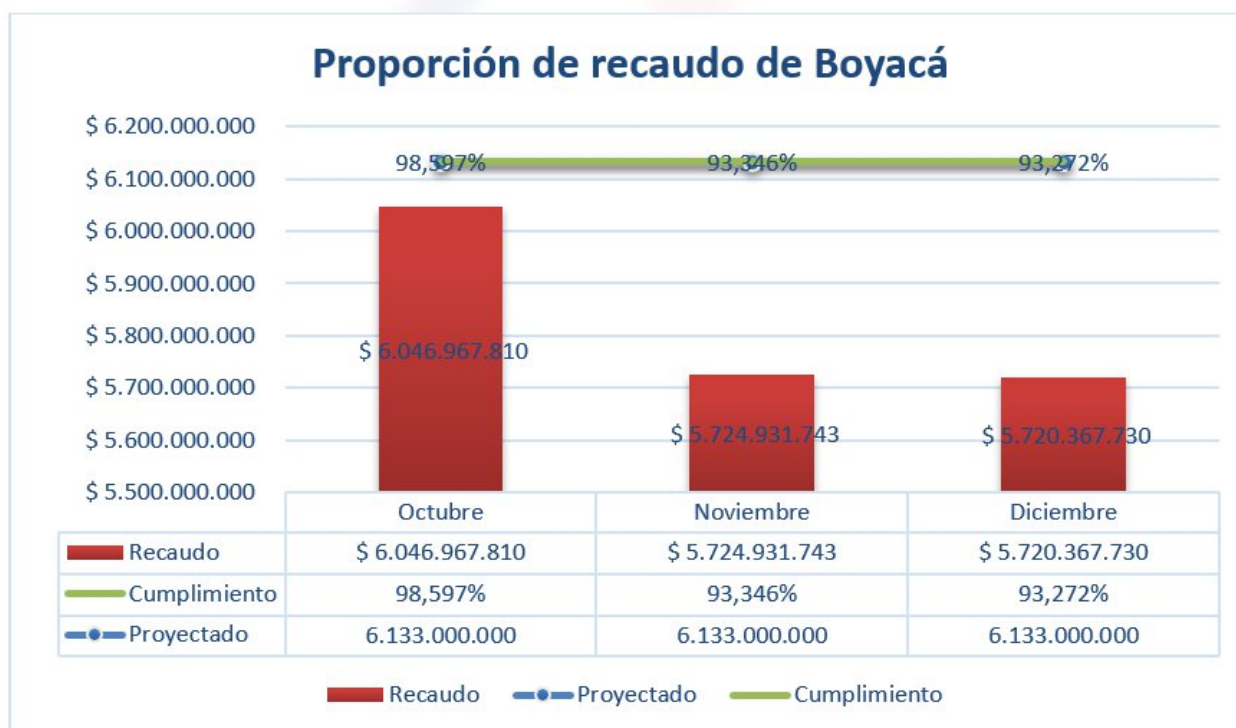
JERSALUD SAS Nit. 900.622.551-0 Dirección Financiera Indicadores Financieros Periodo: Enero a Diciembre 2025				OCT	NOV	DIC	Acum Ejecucion	Desv Ppto	OBS
Sucursal: Servicio Casanare	Ind	Nombre Indicador	PPTO						
Utilidad Bruta / Vtas Netas Totales	MBO	Margen Bruto Operacional	44,6%	50,4%	51,5%	23%	216,0%	-171,3%	RV
Utilidad Neta / Vtas Netas Totales	MNO	Margen Neto Operacional	10,5%	-2,7%	-2,8%	-33%	47,9%	-37,4%	RV
Utilidad Antes de Imptos / Vtas Netas Totales	UAI	Utilidad Antes de Impuestos	10,1%	-3,3%	-3,0%	-33%	46,3%	-36,2%	RV
Ing x servicios / Vtas Totales	VPS	Participación de Ingresos de Servicios	99,1%	99,3%	99,2%	99%	395,5%	-296,4%	RV
Ing Medicamentos / Vtas Totales	VPM	Participación de Ingresos por Medicamento	0,0%	0,0%	0,0%	1%	0,0%	0,0%	OK
Costo Medicamentos / Ing Medicamentos	IVM	Indice de Venta de Medicamentos	0,0%	0,0%	0,0%	2%	0,0%	0,0%	OK
Costo Medicamentos / Vtas Netas Totales	ICM	Indice de Costo Medicamentos	0,0%	7,0%	9,2%	13%	0,2%	-0,2%	RV
Costo Hon Medicos / Vtas Netas Totales	IHM	Indice de Costo de Honorarios Médicos	46,5%	49,3%	48,1%	76,6%	180,7%	-30,1%	RV
Costo Pnal Asistencial / Vtas Netas Totales	IPS	Indice de Costo de Personal Asistencial	14,0%	16,3%	10,0%	35%	60,5%	-46,5%	RV
Costo Nomina Admtva / Vtas Netas Totales	IPA	Indice de Costo de Personal Administrativo	8,8%	11,6%	11,8%	13%	25,3%	-16,5%	RV
Costo Nomina Total / Ventas Netas Totales	ITP	Indice de Costo Total de Personal	44,2%	50,1%	49,2%	76,0%	164,5%	-31,8%	RV
Total Gasto Administrativos / Vtas Netas Totales	TIGA	Indice de Gasto Administrativo	20,0%	29,8%	27,6%	25%	89,3%	-69,3%	RV
Total Gasto Financieros / Vtas Netas Totales	TIGF	Indice de Gasto Financiero	0,4%	0,6%	0,2%	1%	1,5%	-1,1%	RV
Total Gasto Totales / Vtas Netas Totales	TIGT	Indice de Gasto Total	34,2%	44,9%	45,4%	42%	166,7%	-132,5%	RV
Dcto, Devoluciones y Glosas / Ventas Totales	IAG	Indicador Aceptación Glosas - Devoluc - Des	0,9%	0,7%	0,8%	1%	4,5%	-3,6%	RV
Dcto, Devoluciones y Glosas Real / Ventas Totales	IGR	Indicador Aceptación Glosas Real	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	OK



c. SERVICIOS FARMACEUTICOS

INFORME DE VENTAS

JERSALUD SAS											
NIT: 900.822.551-0											
Dirección Financiera											
Detallado de Ventas Mes a Mes											
Periodo: Enero a Diciembre 2025											
Sucursal: Servicio Farmaceutico											
Nit	Cliente	Promedio Año Anterior	Octubre	Noviembre	Diciembre	Acumulado Total	% Acumulado	Promedio	Ppto Vigente	Desviación	
830053105	BAJA COMPLEJIDAD -MEC	\$ 1.685.000.000	\$ 3.003.234.096	\$ 2.676.165.888	\$ 2.596.913.028	\$ 31.811.471.997	49%	\$ 2.650.956.000	\$ 2.976.000.000	11%	
830053105	MEDIANA COMPLEJIDAD-I	\$ 590.000.000	\$ 808.719.828	\$ 780.561.887	\$ 830.936.939	\$ 9.392.373.622	14%	\$ 782.687.802	\$ 801.000.000	2%	
830053105	ALTO COSTO -MEDISALU	\$ 709.000.000	\$ 1.942.850.411	\$ 2.031.821.862	\$ 2.052.563.065	\$ 20.631.652.337	32%	\$ 1.719.304.361	\$ 2.080.000.000	17%	
830053105	DISPOSITIVOS MEDICOS-	-	\$ 292.183.475	\$ 236.392.106	\$ 239.954.698	\$ 3.042.042.427	5%	\$ 253.503.536	\$ 270.000.000	8%	
Subtotal	EVENTO FIDUPREVISOR	\$ 2.984.000.000	\$ 6.046.967.810	\$ 5.724.931.743	\$ 5.720.367.730	\$ 64.877.540.383	100%	\$ 5.406.461.699	\$ 6.133.000.000	12%	
TOTAL VENTAS		\$ 2.984.000.000	\$ 6.046.967.810,00	\$ 5.724.931.742,59	\$ 5.720.367.729,83	\$ 64.877.540.382,82					



Análisis:

Cuarto trimestre: La cifra del cierre de ventas total para el cuarto trimestre del 2025 del servicio farmacéutico, según los siguientes meses refleja:

- Octubre: La cifra del cierre de ventas de octubre es de \$6.046.967.810 teniendo un cumplimiento del 98,60% sobre el valor proyectado.
- Noviembre: La cifra del cierre de ventas de noviembre es de \$5.724.931.742 teniendo un cumplimiento del 93,35% sobre el valor proyectado.
- Diciembre: La cifra del cierre de ventas de diciembre es de \$5.720.367.729 teniendo un cumplimiento del 93,27% sobre el valor proyectado.



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

ESTADO DE RESULTADOS

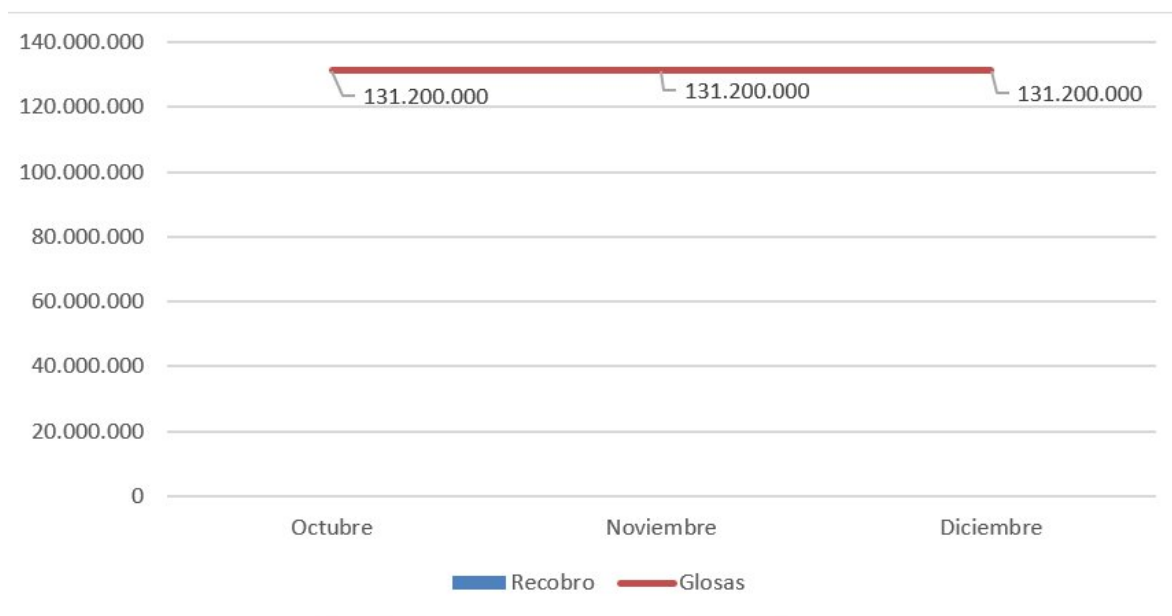
JERSALUD SAS Nit. 900.622.551-0 Dirección Financiera Estado de Resultados Detallado Periodo: Enero a Diciembre 2025 Sucursal: Servicio Farmacéutico																							
	OCT-DIC				ENE-SEP				OCT		NOV		DIC		Acum Ppto		Acum Ejecucion		Prom		% Cmpl		
	Indicador	PPTO	Indicador	PPTO		Indicador	NOV	Indicador	DIC		Indicador	NOV	Indicador	DIC		Indicador	Acum Ppto	Acum Ejecucion	Prom	% Cmpl			
INGRESOS BRUTOS OPERAC	100%	6.133.000.000	100%	4.100.000.000	6.046.967.810	100,00%	5.724.931.743	100,00%	5.720.367.730	100%	55.299.000.000	64.877.640.383	5.406.461.699	117%									
DESCUENTOS GLOSAS (Pro)	3,2%	196.256.000	3,2%	131.200.000	131.200.000	2,3%	131.200.000	2,3%	131.200.000	2,4%	1.769.568.000	1.572.931.299	131.077.608	89%									
INGRESOS NETOS OPERACI	96,80%	5.936.744.000	96,80%	3.968.800.000	5.915.767.810	97,71%	5.593.731.743	97,71%	5.589.167.730	97,58%	53.529.432.000	63.304.609.084	5.275.384.090	118%									
TOTAL COSTOS VARIABLES	0,67%	40.000.000	1,01%	40.000.000	30.619.700	0,29%	16.339.500	0,30%	16.712.000	0,21%	480.000.000	131.774.800	10.981.233	27%									
CONTRIBUCION MARGINAL	99,33%	5.896.744.000	98,99%	3.928.800.000	5.885.148.110	97,42%	5.577.392.243	97,41%	5.572.455.730	99,79%	53.049.432.000	63.172.834.284	5.264.402.857	119%									
COSTOS FIJOS	77,83%	4.620.587.000	68,32%	2.711.452.000	3.979.929.079	73,03%	4.084.869.494	69,51%	3.884.990.129	68,50%	38.264.829.000	43.362.382.981	3.613.531.915	113%									
MARGEN BRUTO OPERACIO	21,50%	1.276.157.000	30,67%	1.217.348.000	1.935.838.731	26,36%	1.508.862.249	29,79%	1.704.177.600	28,79%	14.784.603.000	18.226.010.103	1.660.848.975	123%									
SUBTOTAL GASTOS ADMINI	8,76%	519.853.000	5,86%	232.397.000	452.435.595	7,89%	441.336.703	8,62%	481.753.056	5,58%	3.651.132.000	3.530.878.610	294.675.364	97%									
SUBTOTAL GASTOS NOMINA	6,92%	410.810.435	6,93%	275.042.491	343.192.419	7,63%	427.019.364	7,31%	408.499.239	4,96%	3.707.813.724	3.137.065.654	261.422.138	85%									
SUBTOTAL OTROS GASTOS	1,12%	66.642.000	15,30%	607.358.000	61.592.760	1,05%	58.888.848	1,04%	58.131.083	13,30%	5.656.148.000	8.419.646.702	701.637.225	149%									
TOTAL GASTOS	16,80%	997.305.435	28,09%	1.114.797.491	857.220.774	16,58%	927.244.915	16,97%	948.383.388	23,83%	13.025.093.724	15.087.590.967	1.257.734.727	116%									
TOTAL COSTOS FIJOS Y GA	94,63%	5.617.892.435	96,41%	3.826.249.491	4.837.149.853	89,60%	5.012.114.409	86,48%	4.833.373.518	92,33%	51.289.922.724	58.449.973.947	4.871.266.642	114%									
MARGEN NETO OPERACION	4,70%	278.851.565	2,58%	102.550.509	1.047.998.257	10,11%	565.277.834	13,22%	739.082.212	7,46%	1.759.509.276	4.722.860.337	393.136.215	268%									
UTILIDAD ANTES DE IMPUES	5,29%	313.797.565	3,62%	143.488.509	1.026.345.439	10,00%	559.375.327	12,84%	717.749.593	7,25%	2.232.789.276	4.586.549.915	381.777.013	205%									



Análisis: En el Estado de Resultados se refleja la capacidad de la Unidad de Negocio para atender las obligaciones y compromisos, en el caso del servicio farmacéutico.



GLOSAS



Análisis: Los valores de Recobros corresponden a la provisión de valores cobrados por otros prestadores a Medisalud UT, teniendo en cuenta los usuarios del Magisterio que se encuentran en zonas donde Jersalud SAS no tiene cobertura

INDICADORES

JERSALUD SAS Nit. 900.622.551-0 Dirección Financiera Indicadores Financieros Periodo: Enero a Diciembre 2025			OCT	NOV	DIC	Acum Ejecucion	Desv Ppto	OBS
Sucursal: Servicio Farmaceutico	Ind	Nombre Indicador						
Utilidad Bruta / Vtas Netas Totales	MBO	MARGEN BRUTO OPERACIONAL	32,0%	26,4%	29,8%	372,2%	-341,5%	RV
Utilidad Neta / Vtas Netas Totales	MNO	MARGEN NETO OPERACIONAL	17,72%	10,11%	13,22%	85,95%	-83,36%	RV
Utilidad Antes de Imptos / Vtas Netas Totales	UAI	UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	17,3%	10,0%	12,8%	83,3%	-79,7%	RV
Ing x servicios / Vtas Totales	VPS	Participación de Ingresos de Servicios	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	OK
Ing Medicamentos / Vtas Totales	VPM	Participación de Ingresos por Medicamentos	1,0%	1,0%	1,0%	164,7%	-149,6%	RV
Costo Medicamentos / Ing Medicamentos	IVM	Indice de Venta de Medicamentos	97,83%	97,71%	97,71%	1170,48%	-1073,68%	RV
Costo Medicamentos / Vtas Netas Totales	ICM	Indice de Costo Medicamentos	58,9%	64,8%	62,0%	760,9%	-697,9%	RV
Costo Hon Medicos / Vtas Netas Totales	IHM	Indice de Costo de Honorarios Médicos	0,0%	0,0%	0,0%	0,00%	0,00%	OK
Costo Pnal Asistencial / Vtas Netas Totales	IPS	Indice de Costo de Personal Asistencial	3,9%	3,8%	4,2%	47,1%	-41,8%	RV
Costo Nomina Admtva / Vtas Netas Totales	IPA	Indice de Costo de Personal Administrativo	5,6%	5,9%	7,0%	53,47%	-47,26%	RV
Costo Nomina Total / Ventas Netas Totales	ITP	Indice de Costo Total de Personal	9,5%	11,3%	11,3%	103,7%	-91,8%	RV
Total Gasto Administrativos / Vtas Netas Totales	IGA	Indice de Gasto Administrativo	7,6%	7,9%	8,6%	66,49%	-60,63%	RV
Total Gasto Financieros / Vtas Netas Totales	IGF	Indice de Gasto Financiero	0,4%	0,1%	0,4%	3,2%	-3,0%	RV
Total Gasto Totales / Vtas Netas Totales	IGT	Indice de Gasto Total	14,5%	16,6%	17,0%	291,47%	-263,38%	RV
Dcto, Devoluciones y Glosas / Ventas Totales	IAG	Indicador Aceptación Glosas - Devolucion	2,17%	2,29%	2,29%	29,5%	-26,3%	RV
Dcto, Devoluciones y Glosas Real / Ventas Totales	IAGR	Indicador Aceptación Glosas - Real	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	OK



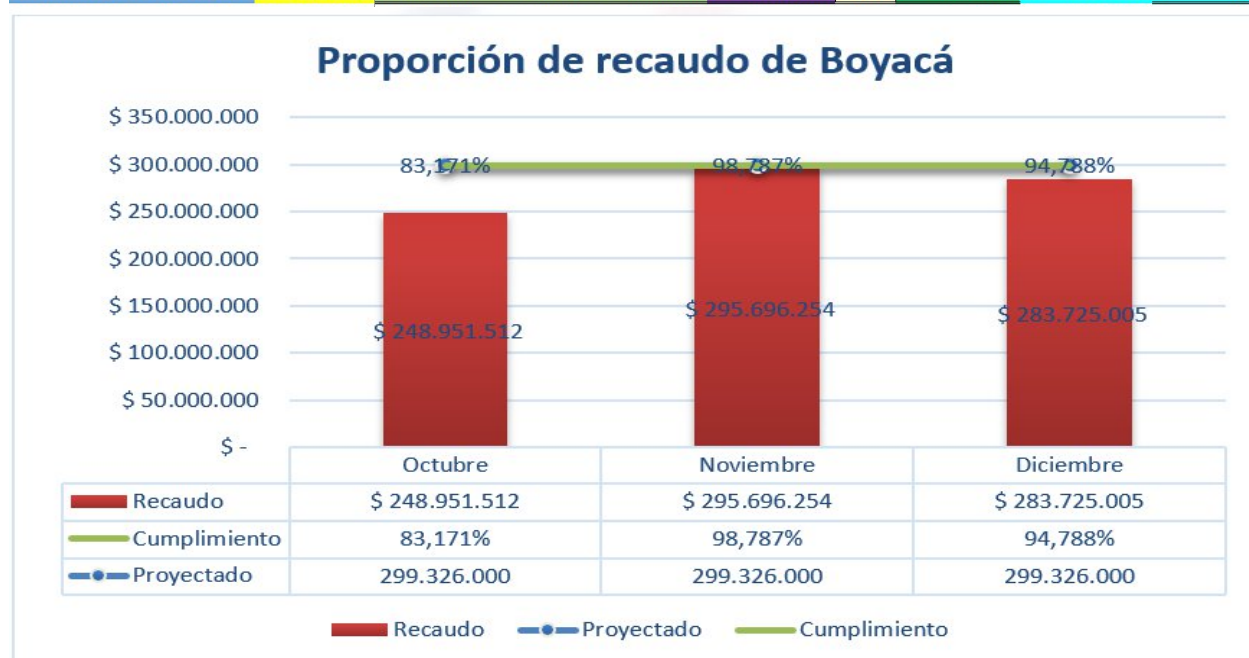
INFORME DE VENTAS

JERSALUD SAS
Nit. 900.622.551-0
Dirección Financiera
Detallado de Ventas Mes a Mes
Periodo: Enero a Diciembre 2025
Sucursal: Servicio Uci Neiva

Regresa Click



Nit	Cliente	Promedio Año Anterior	Octubre	Noviembre	Diciembre	Acumulado Total	% Acumulado	PROMEDIO	Ppto Vigente	Variación
813001952	CLINICA MEDILASER SA	193.219.000	\$ 220.712.102	\$ 219.416.058	\$ 242.307.863	\$ 2.564.431.156	74%	\$ 213.702.596	\$ 219.826.000	\$ 0,27
Subtotal PERSONAS JURIDICAS		\$ 193.219.000	\$ 220.712.102	\$ 219.416.058	\$ 242.307.863	\$ 2.564.431.156	74%	\$ 213.702.596	\$ 219.826.000	\$ 0,27
813001952	UTILIDAD	75.000.000	\$ 28.239.410	\$ 76.280.196	\$ 41.417.142	\$ 889.081.601	26%	\$ 74.090.133	\$ 79.500.000	
TOTAL VENTAS DE LA GESTION DE		\$ 268.219.000	\$ 248.951.512	\$ 295.696.254	\$ 283.725.005	\$ 3.453.512.757	100%	\$ 287.792.730	\$ 299.326.000	\$ 0,22



Análisis:

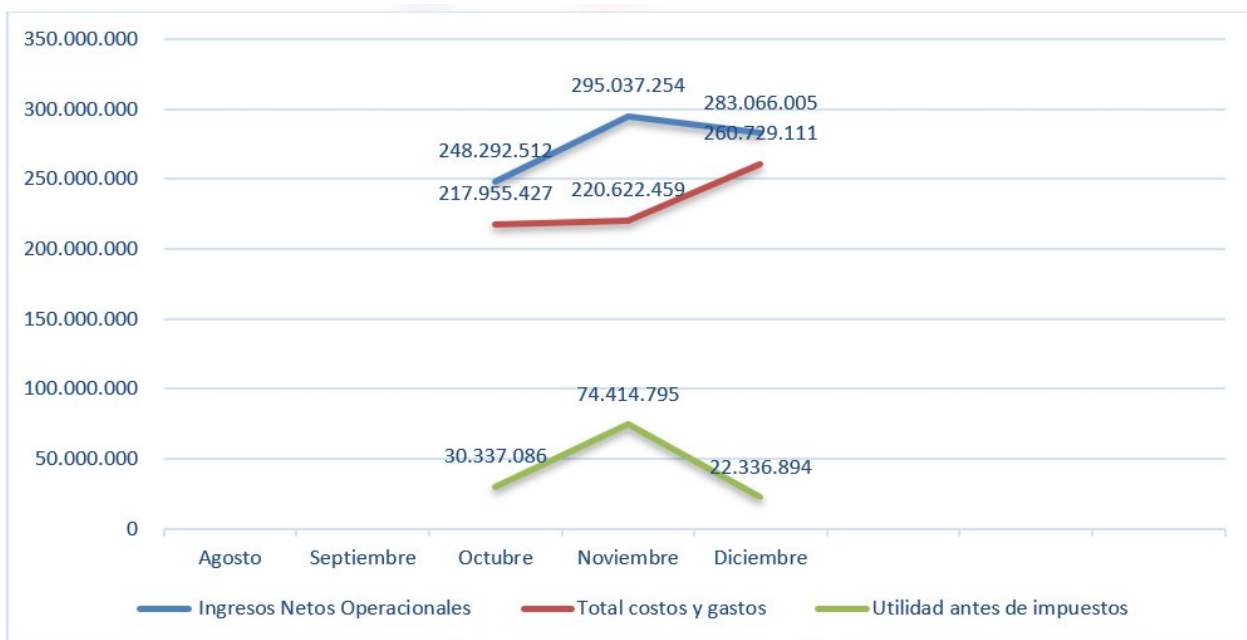
-Cuarto trimestre: La cifra del cierre de ventas total para el cuarto trimestre del 2025 de la sucursal de Neiva, según los siguientes meses refleja:

- Octubre: La cifra del cierre de ventas de octubre es de \$248.951.512 teniendo un cumplimiento del 83,17% sobre el valor proyectado.
- Noviembre: La cifra del cierre de ventas de noviembre es de \$295.696.254 teniendo un cumplimiento del 98,79% sobre el valor proyectado.
- Diciembre: La cifra del cierre de ventas de diciembre es de \$283.725.005 teniendo un cumplimiento del 94,79% sobre el valor proyectado



ESTADO DE RESULTADOS

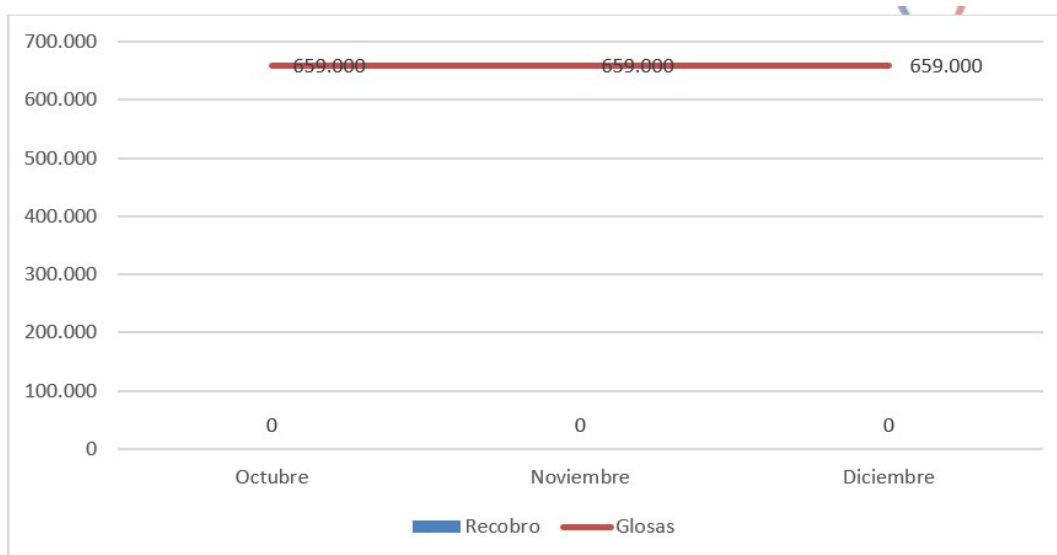
JERSALUD SAS Nit. 900.622.551-0 Dirección Financiera Estado de Resultados Detallado Período: Enero a Diciembre 2025 Sucursal: Uci Neiva		ENE - DIC													
	Indicador	PPTO	Indicador	OCT	Indicador	NOV	Indicador	DIC	Indicador	Acum Ppto	Acum Ejecuc	Prom	% Cum		
INGRESOS BRUTOS OPERACIONALES	100,00%	299.326.000	100,00%	248.951.512	100,00%	295.696.254	100,00%	283.725.005	100,00%	3.591.912.000	3.453.512.757	287.792.730	96%	↓	
DESCUENTOS GLOSAS (Prov)	0,22%	659.000	0,26%	659.000	0,22%	659.000	0,23%	659.000	0,23%	7.908.000	7.908.000	659.000	100%	↑	
INGRESOS NETOS OPERACIONALES	99,78%	298.667.000	99,74%	248.292.512	99,78%	295.037.254	99,77%	283.066.005	99,77%	3.584.004.000	3.445.604.757	287.133.730	96%	↓	
TOTAL COSTOS VARIABLES	2,81%	8.400.000	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	100.800.000	0	0	0%	↓	
CONTRIBUCION MARGINAL	97,19%	290.267.000	99,74%	248.292.512	99,78%	295.037.254	99,77%	283.066.005	100,00%	3.483.204.000	3.445.604.757	287.133.730	99%	↓	
COSTOS FIJOS	53,77%	160.596.404	67,57%	167.772.211	58,23%	171.810.179	72,11%	204.126.325	58,14%	1.927.156.844	2.003.227.490	166.935.624	104%	↑	
MARGEN BRUTO OPERACIONAL	43,42%	129.670.596	32,34%	80.520.302	41,67%	123.227.075	27,82%	78.939.680	41,86%	1.556.047.156	1.442.377.267	120.198.106	93%	↓	
SUBTOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS	9,42%	28.127.000	10,89%	27.033.078	8,40%	24.797.727	9,00%	25.480.817	9,29%	337.624.000	320.138.297	26.678.191	95%	↓	
SUBTOTAL GASTOS NOMINALES	5,39%	16.110.303	3,87%	9.610.925	3,70%	10.910.734	5,91%	16.742.250	4,03%	193.323.630	138.711.311	11.559.276	72%	↓	
SUBTOTAL OTROS GASTOS	2,21%	6.592.000	5,45%	13.539.213	4,44%	13.103.819	5,08%	14.379.720	3,29%	79.104.000	113.458.455	9.454.871	143%	↑	
TOTAL GASTOS	17,02%	50.829.303	20,21%	50.183.216	16,54%	48.812.280	20,00%	56.602.787	16,61%	609.951.630	572.308.064	47.692.339	94%	↓	
TOTAL COSTOS FIJOS Y GASTOS	70,79%	211.425.706	87,78%	217.955.427	74,78%	220.622.459	92,11%	260.729.111	74,75%	2.537.108.474	2.575.535.553	214.627.963	102%	↑	
MARGEN NETO OPERACIONAL	26,40%	78.841.294	12,22%	30.337.086	25,22%	74.414.795	7,89%	22.336.894	25,25%	946.095.526	870.069.204	72.505.767	92%	↓	
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	26,40%	78.841.294	12,22%	30.337.086	25,22%	74.414.795	7,89%	22.336.894	25,25%	946.095.526	870.069.204	72.505.767	92%	↓	



Análisis: En el Estado de Resultados se refleja la capacidad de la Unidad de Negocio para atender las obligaciones y compromisos, en el caso de la sucursal de Neiva.



GLOSAS



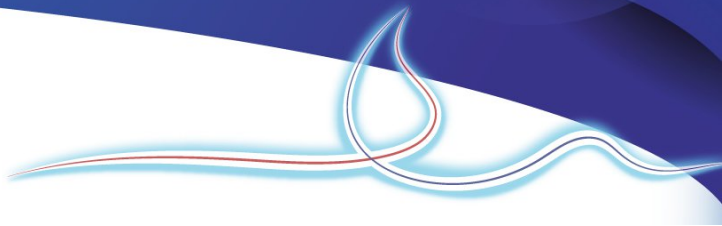
Análisis: Los valores de Recobros corresponden a la provisión de valores cobrados por otros prestadores a Medisalud UT, teniendo en cuenta los usuarios del Magisterio que se encuentran en zonas donde Jersalud SAS no tiene cobertura.

INDICADORES

JERSALUD SAS									
Nit. 900.622.551-0									
Dirección Financiera									
Indicadores Financieros									
Periodo: Enero a Diciembre 2025									
Sucursal: Servicio Neiva	Ind	Nombre Indicador	PPTO	OCT	NOV	DIC	Acum Ejecucion	Desv Ppto	OBS
Utilidad Bruta / Vtas Netas Totales	MBO	Margen Bruto Operacional	43,4%	32,3%	41,7%	27,8%	480,5%	-437,1%	RV
Utilidad Neta / Vtas Netas Totales	MNO	Margen Neto Operacional	26,4%	12,2%	25,2%	7,9%	277,1%	-250,7%	RV
Utilidad Antes de Imptos / Vtas Netas Totales	UAI	Utilidad Antes de Impuestos	26,4%	12,2%	25,2%	7,9%	277,1%	-250,7%	RV
Ing x servicios / Vtas Totales	VPS	Participación de Ingresos de Servicio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	1200,0%	-1100,0%	RV
Ing Medicamentos / Vtas Totales	VPM	Participación de Ingresos por Medicamentos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	OK
Costo Medicamentos / Ing Medicamentos	IVM	Indice de Venta de Medicamentos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	OK
Costo Medicamentos / Vtas Netas Totales	ICM	Indice de Costo Medicamentos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	OK
Costo Hon Medicos / Vtas Netas Totales	TIHM	Indice de Costo de Honorarios Médicos	26,4%	27,4%	22,4%	24,1%	287,4%	-261,0%	RV
Costo Pnal Asistencial / Vtas Netas Totales	NIAS	Indice de Costo de Personal Asistencial	30,2%	40,2%	35,9%	48,0%	431,4%	-401,2%	RV
Costo Nomina Admtva / Vtas Netas Totales	IPA	Indice de Costo de Personal Administrativo	3,0%	3,9%	3,1%	4,8%	38,7%	-35,7%	RV
Costo Nomina Total / Vtas Netas Totales	ITP	Indice de Costo Total de Personal	2,4%	0,0%	0,6%	1,1%	10,1%	-7,7%	RV
Total Gasto Administrativos / Vtas Netas Totales	IGA	Indice de Gasto Administrativo	9,4%	10,9%	8,4%	9,0%	115,6%	-106,2%	RV
Total Gasto Financieros / Vtas Netas Totales	IGF	Indice de Gasto Financiero	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	OK
Total Gasto Totales / Vtas Netas Totales	TIGT	Indice de Gasto Total	17,0%	20,2%	16,5%	20,0%	204,0%	-187,0%	RV
Dcto, Devoluciones y Glosas / Vtas Netas Totales	IAG	Indicador Aceptación Glosas - Devoluciones	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	2,8%	-2,6%	RV
Dcto, Devoluciones y Glosas Reales / Vtas Netas Totales	IGR	Indicador Aceptación Glosas Real	0,0%	800,0%	1000,0%	1200,0%	4200,0%	-4200,0%	RV

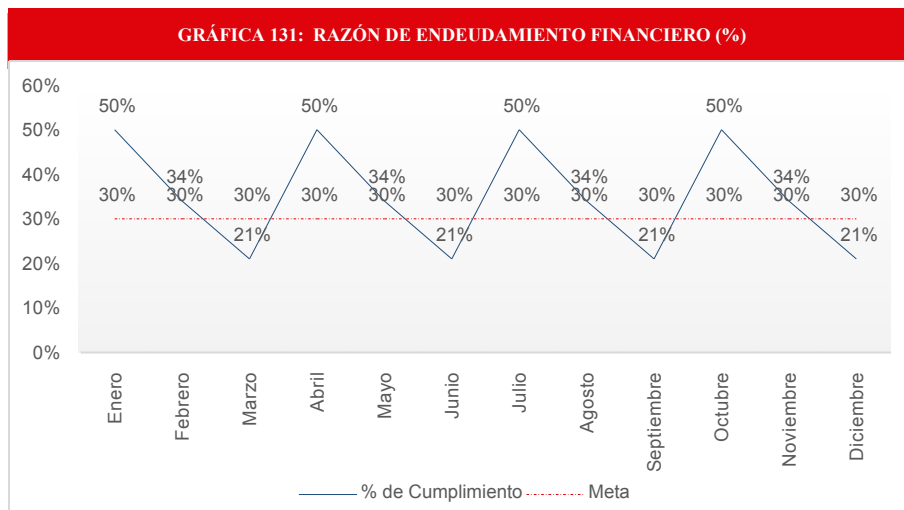
Fuente del Dato: Índigo Vie





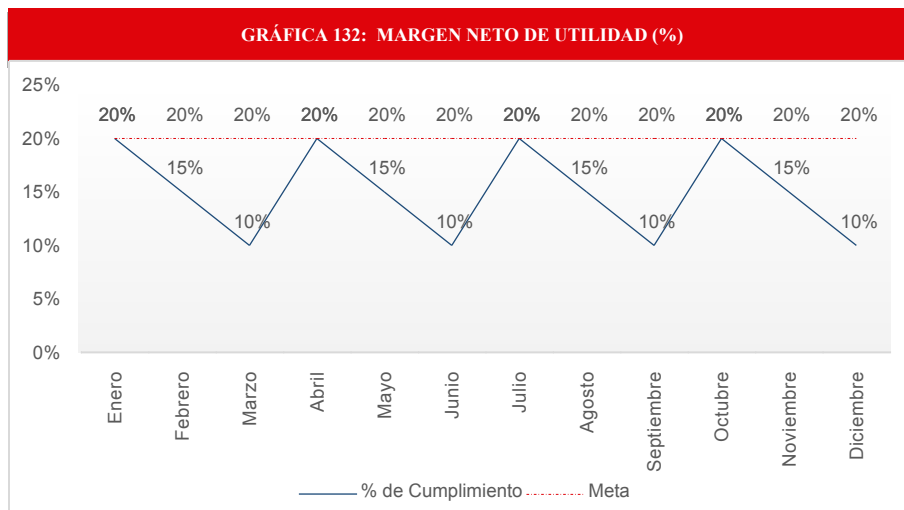
e. INDICADORES GLOBALES DE EVOLUCIÓN ECONÓMICA

RAZÓN DE ENDEUDAMIENTO FINANCIERO

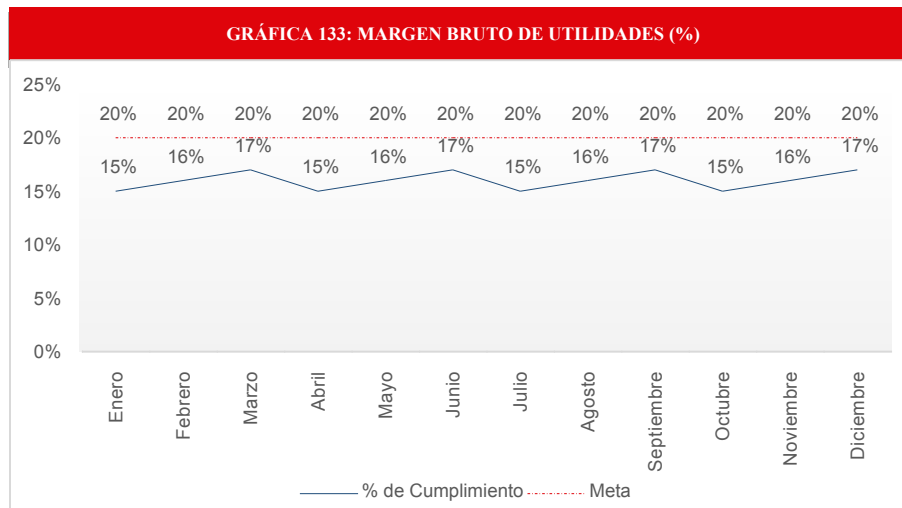


Fuente del Dato: Índigo Vie

MARGEN NETO DE UTILIDAD.




MARGEN BRUTO DE UTILIDADES



Fuente del Dato: Índigo Vie

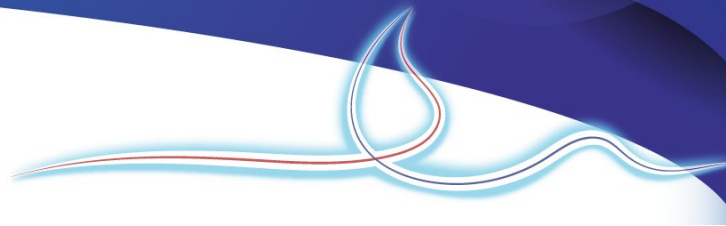
MARGEN EBITDA


 NIT 900.622.551-0
 RAZONES FINANCIERAS
 01 DE ENERO A 31 DICIEMBRE DE 2022

	AÑO 2022	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2021
CAPACIDAD ADMINISTRATIVA				
Rentabilidad Sobre Patrimonio			Rentabilidad Sobre Activos	
Utilidad Operacional	5.986.265.438	6.315.500.012	Utilidad Operacional	5.986.265.438
Patrimonio	17.307.807.421	6.282.541.683	Activo Total	41.057.169.971
	0,35	1,01		0,15
EBITDA				
EBITDA			Margen EBITDA	
Ventas	54.047.130.502	51.012.110.646	EBITDA	6.884.263.262
Costo Prestación Servicios	(33.209.649.608)	(32.518.453.557)	Ventas	54.047.130.502
Depreciaciones	(897.997.824)	(578.387.978)		12,7%
Amortizaciones	-	-		13,5%
Resultado Bruto	19.939.483.071	17.915.269.111		
Gastos Operacionales	(13.953.217.632)	(11.599.769.099)		
Resultado Operativo (EBIT)	5.986.265.438	6.315.500.012		
Depreciaciones	897.997.824	578.387.978		
Amortizaciones	-	-		
EBITDA	6.884.263.262	6.893.887.990		

Página 2



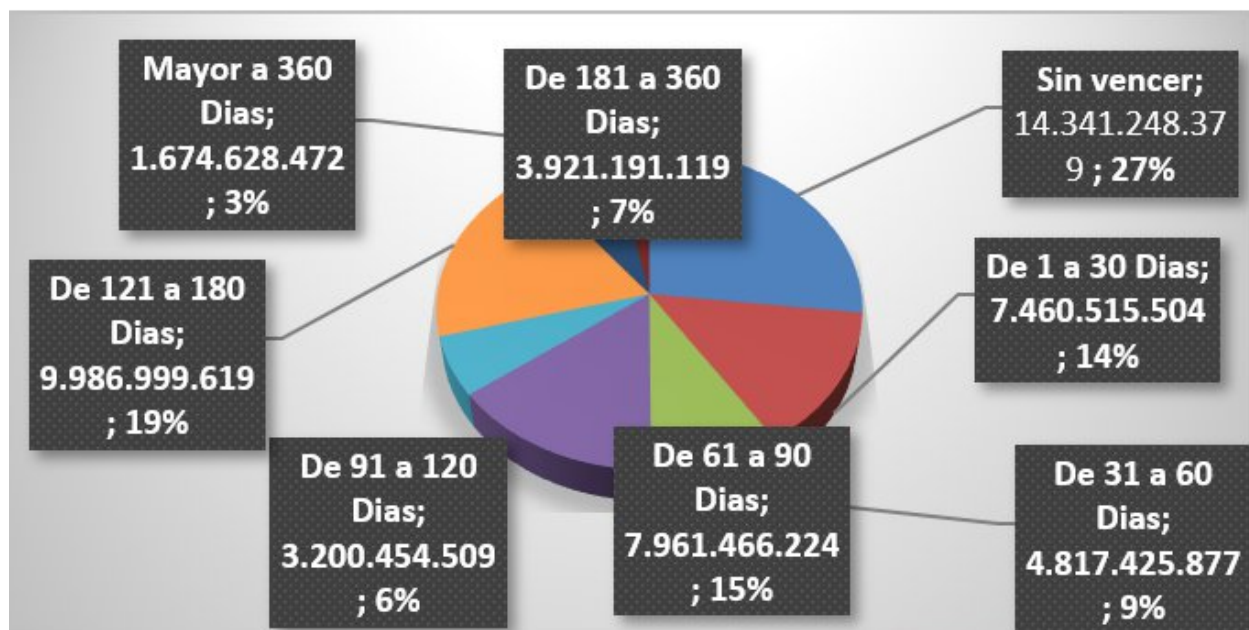


CUENTAS POR COBRAR

Tabla 1: Cuentas por Pagar

Suma de Saldo Total Etiquetas de fila	Etiquetas de columna								Total general
	1. Sin Vencer	2. De 1 a 30 Dias	3. De 31 a 60 Dias	4. De 61 a 90 Dias	5. De 91 a 120 Dias	6. De 121 a 180 Dias	7. De 181 a 360 Dias	Mayor a 360 Dias	
CLINICA MEDILASER SAS	1.163.616.848,00		47,00			93.637,00			1.163.710.532,00
FIDEICOMISOS PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A	13.279.420.202,54	7.460.515.504,46	4.817.425.830,35	7.961.466.224,00	3.200.454.508,92	9.986.905.981,64	3.921.191.118,90	1.649.041.729,46	52.276.421.100,27
IPS ARCASALUD SAS								25.586.743,00	25.586.743,00
Total general	14.341.248.379,00	7.460.515.504,46	4.817.425.877,35	7.961.466.224,00	3.200.454.508,92	9.986.999.618,64	3.921.191.118,90	1.674.628.472,46	53.363.929.703,73

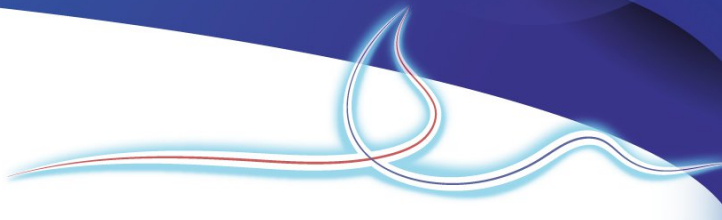
GRÁFICA 139: CUENTAS POR COBRAR (\$ Y %)



Fuente del Dato: Índigo Vie

Análisis: Para Jersalud SAS, las cuentas por cobrar reflejan un comportamiento estable, el 50% de la facturación se encuentra entre los primeros 60 días, el 15% entre los 61 a 90 días, el 32% se encuentran entre los 91 y 360, y el 3% corresponden a mayores a 360 días.



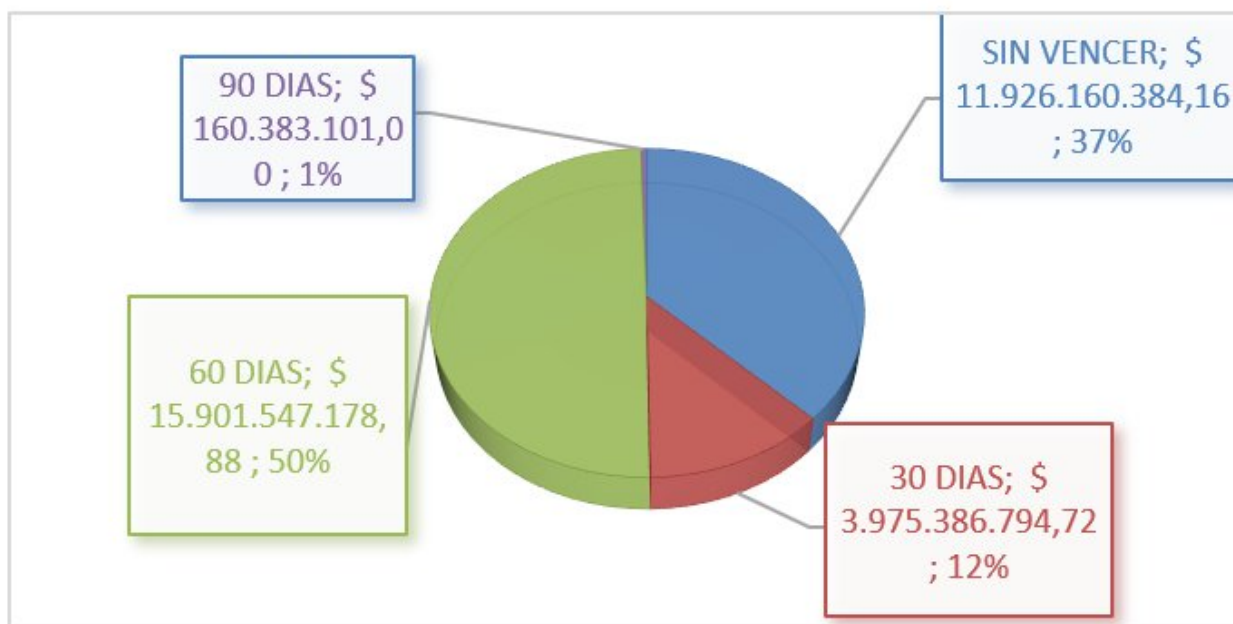


CUENTAS POR PAGAR

Tabla 2: Cuentas por Pagar

TIPO	SIN VENCER	30 DIAS	60 DIAS	90 DIAS	180 DIAS	360 DIAS	TOTAL	%
GASTOS GENERALES	6.583.663.657,41	2.194.554.552,47	8.778.218.209,88	10.972.772.762,35	9.656.040.030,87	5.705.841.836,42	43.891.091.049,40	55,20%
GASTOS MEDICAMENTOS	4.131.258.515,99	1.377.086.172,00	5.508.344.687,98	6.885.430.859,98	6.059.179.156,78	3.580.424.047,19	27.541.723.439,90	34,64%
HONORARIOS MEDICOS	535.573.089,42	178.524.363,14	714.097.452,56	892.621.815,70	785.507.197,82	464.163.344,16	3.570.487.262,80	4,49%
IMPUESTOS	102.474.857,87	34.158.285,96	136.633.143,82	170.791.429,78	150.296.458,20	88.811.543,48	683.165.719,10	0,86%
NOMINA POR PAGAR	522.474.587,54	174.158.195,85	696.632.783,38	870.790.979,23	766.296.061,72	452.811.309,20	3.483.163.916,92	4,38%
SEGURIDAD SOCIAL	50.715.675,94	16.905.225,31	67.620.901,26	84.526.126,57	74.382.991,38	43.953.585,82	338.104.506,28	0,43%
Total general	11.926.160.384,16	3.975.386.794,72	15.901.547.178,88	19.876.933.973,60	17.491.701.896,77	10.336.005.666,27	79.507.735.894,39	100,00%

GRÁFICA 140: CUENTAS POR PAGAR (\$ Y %)

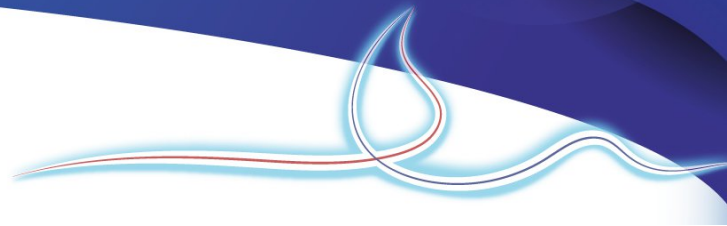


Fuente del Dato: Índigo Vie

Análisis: Las cuentas por pagar a diciembre de 2025 se encuentran distribuidas de la siguiente manera, el 37% están entre 0 y 30 días, el 62% se encuentra entre 30 a 60 días y el 1% se encuentra entre las mayores a 90 días de radicada.

Análisis: Para Jersalud el flujo de caja permite evidenciar la liquidez de la empresa, se puede observar los flujos de entrada discriminado por mes, obteniendo en el mes de junio entradas de \$ 7.280.444.834 con un flujo de salidas de \$53.068.986.152 para un saldo final de flujo de caja por \$ 745.773.086





PAGO DE IMPUESTOS CON EL ESTADO

DIAN 26-01-2026 / 11:11:28 HERNANDEZ HURTADO GAMALIEL -- JERSALUD SAS

Alarmas Tareas Asuntos Cerrar

Consulta Obligación

Los saldos de las obligaciones con saldo "Deuda Vencida" reflejados en la presente consulta, no incluyen los intereses moratorios ni la actualización sanción a que hubiere lugar. Dichos valores se liquidarán a la fecha en que usted genere el Recibo Oficial de Pago Impuestos Nacionales (F490), pulsando el botón "Liquidación".

Consolidado de obligaciones por tipo saldo

Saldo	Cantidad	Valor (\$)	Ver Detalle
AL DIA ✓	152	0	
CON EXCEDENTE \$✓	5	1.516.000	

© Derechos Reservados DIAN - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales 2026

Fuente del Dato: DIAN

Jersalud SAS, a corte de 31 de diciembre está al día con el pago correspondiente al este periodo de la retención en la fuente.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

JERSALUD SAS
NIT 90062551-8
SUCURSAL PRINCIPAL: JERSALUD SAS
TIPO EMPLEADOR: EMPRESA
PERFIL ASISTIDA: CESANTIA/INOMINA
ULTIMO ACCESO: 2026/01/23 08:23:39

Cesantías Empleador Empleados Liquidaciones Novedades Add-ins Excel Informes Personalizados Pensiones Voluntarias Nómina Electrónica Afiliación en línea Saft

Liquidaciones

Para corregir una planilla que ya fue pagada, ahora podrá hacerlo a través de la opción "Corregir" del menú de opciones de la planilla

[+ Adicionar Liquidación](#)

Página 1 de 21 Incluir planillas pagadas

Periodo	Fecha Límite	Fecha Pago	Número Empleados	Valor a Pagar	Tipo Planilla	Planilla	Pago/CUS
Opciones 2025-12	2026/01/15	2026/01/14	394	\$318,248,600	E	9497865494	2081685226 Ver
Opciones 2025-11	2025/12/12	2026/01/14	3	\$256,800	R	9497752766	2081213001 Ver
Opciones 2025-11	2025/12/12	2025/12/22	404	\$335,239,105	E	9496243649	2020128887 Ver
Opciones 2025-10	2025/11/14	2025/11/27	551	\$383,629,700	E	9494982501	1509403030 Ver
Opciones 2025-10	2025/11/14	2026/01/14	1	\$263,300	N	9497752646	2081635538 Ver
Opciones 2025-09	2025/10/14	2025/10/14	3	\$268,300	R	9497752423	2081635528 Ver
Opciones 2025-08	2025/10/14	2025/10/17	557	\$438,466,500	E	9493258947	1893333666 Ver
Opciones 2025-08	2025/09/11	2025/09/11	546	\$479,638,500	E	9491714971	1170045889 Ver
Opciones 2025-07	2025/08/14	2025/08/25	536	\$430,811,500	E	9490419962	1723326437 Ver
Opciones 2025-07	2025/08/14	2025/08/25	1	\$885,800	E	9490419960	1714881648 Ver

Fuente del Dato: Aportes en Línea



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"

Vigilado Supersalud

El pago de los aportes de seguridad social se encuentra al día de pago del mes de diciembre.

5.3 REPORTE DE NÓMINA ELECTRÓNICA

SISTEMA DE FACTURA ELECTRÓNICA | DIAN | Sistema de factura electrónica - Ambiente de Producción

Jersalud Sas
Hernandez Hurtado Gamietel

← Consultar documentos enviados

Código único: Prefijo y folio: NIT receptor: Rango de fechas: 2026/01/01 - 2026/01/26

Tipo de documento: Resultado: Estado RADIAN: Tipo de referencia:

Nomina individual electrónica: Todos...: Todos...: Todos...: Todos...

Buscar

Resultados de búsqueda

Mostrar 10 registros

Recepción	Fecha	Prefijo	N° documento	Tipo	NIT Emisor	Emisor	NIT Receptor	Receptor	Resultado	Estado RADIAN	Valor Total
16-01-2026	16-01-2026	20176	20176	Nomina Individual	900622551	JERSALUD S.A.S	1075316533	JOSE DAVID CHACOH SANDOVAL	Aprobado	No Aplica	\$ 1.193.434
16-01-2026	16-01-2026	20064	20064	Nomina Individual	900622551	JERSALUD S.A.S	46391310	YENNY PAOLA RODRIGUEZ MARTINEZ	Aprobado	No Aplica	\$ 6.142.530
16-01-2026	16-01-2026	20184	20184	Nomina Individual	900622551	JERSALUD S.A.S	1029645980	JHEINA LEANDRA SOGAHOSO ACHAGUA	Aprobado	No Aplica	\$ 569.400
16-01-2026	16-01-2026	20183	20183	Nomina Individual	900622551	JERSALUD S.A.S	1122924405	SARA NICOLE MARTINEZ MORA	Aprobado	No Aplica	\$ 1.067.625
16-01-2026	16-01-2026	20182	20182	Nomina Individual	900622551	JERSALUD S.A.S	1030645421	KELLY JOHANNA LOZADA RODRIGUEZ	Aprobado	No Aplica	\$ 1.067.625

La nómina correspondiente al mes de diciembre fue contabilizada el 31 del mismo mes y transmitida la información a la DIAN el día 16 de enero de 2026, quedando así en total cumplimiento en el reporte de nómina electrónica.

f. EVALUACIÓN DE HIPÓTESIS DE NEGOCIO DE PUESTA EN MARCHA

2. CONCLUSIONES

2.1. La Administración luego de analizar los hechos o condiciones para evaluar la Hipótesis de Negocio en Marcha, identificó 21 criterios de un total de 21, que no generan dudas significativas, por lo tanto, se concluye que no existe ningún tipo de incertidumbre y en consecuencia la utilización de la Hipótesis del Negocio en Marcha es adecuada.

Fuente del Dato: Estados Financieros

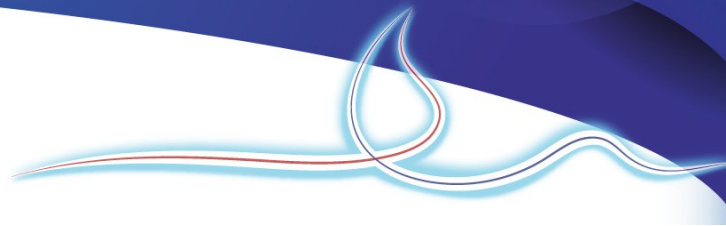
Análisis:

A corte 31 de diciembre de 2025, la administración luego de analizar los hechos o condiciones para evaluar la hipótesis de negocio en marcha, identifico 21 criterios de un total de 21, que no generan dudas significativas, por lo tanto, se concluye que no existe ningún tipo de incertidumbre y en consecuencia la utilización de la hipótesis del negocio en marcha es adecuada.

12. ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES POSTERIORES AL CIERRE DEL EJERCICIO

No se presenta información al presente corte.





13. EVOLUCIÓN PREVISIBLE DE LA SOCIEDAD

No se presenta información al presente corte.

14. PARTES VINCULADAS (PARTES RELACIONADAS) – OPERACIONES CELEBRADAS CON SOCIOS Y ADMINISTRADORES

INVERSIONISTAS		
Nombre	Identificación	Tipo de Vinculación
FARMAQUIRURGICOS JM SAS	900.433.437-1	Accionista
MIOMED SAS	900.073.064-1	Accionista

VINCULADOS		
Nombre	Identificación	Tipo de Vinculación
WILLIAM HERNANDEZ HURTADO	17.641.010	Gerente regional Cundinamarca – Miembro de Junta directiva
ANDRES FELIPE HERNANDEZ HURTADO	1.075.255.284	Representante legal suplente – Miembro de Junta directiva
JUAN MANUEL MONTOYA HERNANDEZ	7.726.108	Representante Legal – Miembro de junta directiva.
MARIA ALEJANDRA MONTOYA HERNANDEZ	36.306.450	Presidente ejecutivo.
URIEL CRUZ VEGA	93.409.150	Vicepresidente financiero y administrativo.

Fuente del Dato: Estados Financieros

Durante el periodo objeto de este informe, Jersalud S.A.S. ha llevado a cabo un riguroso seguimiento y control de las operaciones celebradas entre la sociedad, sus socios y administradores, en estricto cumplimiento de las normativas legales vigentes, así como de los estatutos sociales.

En este sentido, es importante destacar que las operaciones realizadas entre Jersalud S.A.S. y sus socios o administradores se han ajustado plenamente a las disposiciones contenidas en la Ley 222 de 1995 y el Código de Comercio, que regulan los conflictos de interés y las transacciones entre Partes Vinculadas. Asimismo, dichas operaciones han sido previamente autorizadas por la Junta Directiva o la Asamblea de Accionistas, cuando así lo ha requerido la normativa interna, y se ha dado total cumplimiento al principio de transparencia en la gestión administrativa y financiera.

Entre las principales operaciones celebradas con los socios y administradores, se destacan las siguientes:

- 1. Transacciones con los Socios:** Durante el periodo objeto de este informe, Jersalud S.A.S. confirma que no se han realizado transacciones con sus socios. La Administración ha llevado a cabo un monitoreo continuo y ha verificado que no se han celebrado operaciones comerciales, financieras ni de cualquier otra índole entre Jersalud S.A.S y sus socios durante el presente ejercicio fiscal.
- 2. Transacciones con los Administradores:** Se han celebrado algunas operaciones con los miembros de la administración de Jersalud S.A.S., en concordancia con las funciones y atribuciones de cada cargo. Estas operaciones también fueron ejecutadas bajo parámetros de mercado y con los debidos mecanismos de control para prevenir conflictos de interés. Entre las transacciones más representativas se encuentran (i) el Contrato de



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



Transporte de carga y logística celebrado el día 28 de junio de 2024, con el miembro de junta directiva William Hernández Hurtado.

Es importante resaltar que en todas estas operaciones se han tomado las medidas necesarias para asegurar que los intereses de la sociedad prevalezcan y que no se derive ningún beneficio particular para los socios o administradores que pudiera vulnerar los derechos de la sociedad o de los demás accionistas.

Por todo lo anterior, se puede concluir que las operaciones celebradas entre Jersalud, sus socios y administradores, han sido ejecutadas en condiciones de plena transparencia, objetividad y dentro del marco normativo que rige estas relaciones, sin que se hayan detectado conflictos de interés que comprometan la estabilidad o los intereses de la sociedad.

15. ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR POR PARTE DE LA SOCIEDAD

El estado de cumplimiento de las normas sobre propiedad intelectual y derechos de autor por parte de la sociedad.

En el periodo objeto del presente informe, la administración de Jersalud S.A.S. ha llevado a cabo las indagaciones y verificaciones pertinentes para garantizar el cumplimiento estricto de las disposiciones legales en materia de propiedad intelectual y derechos de autor, conforme a lo estipulado en la Ley 603 de 2000, en especial lo relativo a la utilización de software y la observancia de las licencias correspondientes.

Como resultado de estas gestiones, se ha confirmado que todos los programas informáticos utilizados por Jersalud cuentan con licencias de uso debidamente adquiridas, respetando los términos y condiciones impuestas por los titulares de los derechos de autor de dicho software. Este hecho asegura que Jersalud S.A.S. se adhiere al cumplimiento del artículo 1 de la Ley 603 de 2000, en la cual se establece la obligación de informar en los informes de gestión sobre la situación de la empresa en relación con la propiedad intelectual, en particular respecto al uso legal de software.

Adicionalmente, Jersalud S.A.S. ha implementado mecanismos de control y seguimiento continuo para asegurar que cualquier nuevo software, o actualización del mismo, cumpla con las licencias requeridas, evitando el uso de productos piratas o no autorizados, con lo cual se refuerza el compromiso de la empresa con la legalidad y el respeto de los derechos de autor.

Por lo anterior, se puede afirmar que Jersalud S.A.S. ha dado cumplimiento cabal no solo a las disposiciones en materia de software, sino también a las demás normativas aplicables en cuanto a propiedad intelectual y derechos de autor. Esto incluye la protección de contenidos y obras

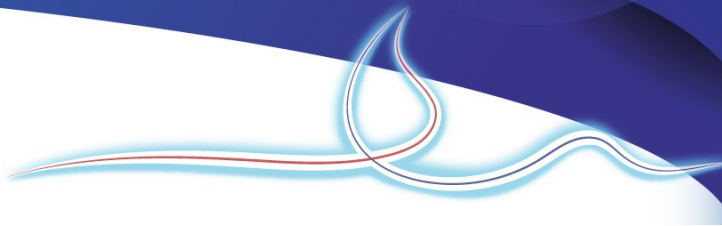
originales dentro de las actividades desarrolladas por la sociedad, garantizando que no se vulneren derechos de terceros en el ejercicio de sus funciones.

16. CONSTANCIA ARTÍCULO 87 PARÁGRAFO 2 LEY 1676 DE 2013 (libre circulación de facturas de conformidad)

No se presenta información al presente corte.



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"



17. SEGUIMIENTO A PROYECTOS

a. Proyecto de Nueva Sede Yopal

Se ha completado la primera etapa de la sede Yopal, que abrió sus puertas el 17 de marzo de 2025 en la dirección calle 27 no 21 25. La segunda etapa comenzará el 21 de abril, con una entrega programada para el 20 de junio, de acuerdo con el contrato. En esta fase, se prevé la construcción de seis consultorios y un área de procesamiento de laboratorio clínico en el segundo piso, mientras que en el primer piso se destinará espacio para la vacunación y una bodega de farmacia.

18. ANEXOS.

Anexo 1.



Gamaliel Hernández Hurtado
Representante Legal
Jersalud SAS

